DRUGS etc.

ACHTERGRONDINFORMATIE

VAD | Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

IN HOUD

DEEL 1 MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

DEEL 2 PREVENTIE, VROEGINTERVENTIE, HULPVERLENING EN HARM REDUCTION

IN HOUD

DRUGS etc.

ACHTERGRONDINFORMATIE

deel 1

MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

HOOFDSTUK 1 GESCHIEDENIS EN OMVANG VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

1. WAT VERSTAAN WE ONDER MIDDELENGEBRUIK* EN GOKKEN?

Middelengebruik is het gebruik van drugs, en dat is een verzamelnaam voor een brede waaier van stoffen die een invloed hebben op onze geest (onze gevoelens, onze waarneming en ons bewustzijn) en die met dat doel worden gebruikt. Wat betreft hun uitwerking, kans op afhankelijkheid, enzovoort verschillen ze sterk. Op basis van hun belangrijkste effect kunnen ze opgedeeld worden in drie grote groepen:

- opwekkende of stimulerende middelen (cafeïne, nicotine, amfetamines, cocaïne,...);
- dempende of verdovende middelen (alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen, heroïne,...);
- Bewustzijnsveranderende of hallucinogene middelen (cannabis, LSD,...).

Twee soorten drugs vallen wat buiten deze klassieke indeling, en worden daarom soms als een vierde en vijfde groep beschouwd:

- vluchtige snuifmiddelen (lijmen en verdunners) die, naargelang de dosis, een bewustzijnsveranderend of verdovend effect kunnen hebben;
- XTC en aanverwante (EVA, MDA) die zowel een opwekkende als een bewustzijnsveranderende werking kunnen hebben.

Als we het in de context van middelengebruik hebben over gokken, hebben we het hier over spelen om geld: je zet geld in op een spel en als je de juiste uitkomst hebt, win je geld. De uitkomst wordt door het toeval bepaald.

Meer?
Deze brochure maakt deel uit van de reeks Drugs etc.: zie ook fact sheets, folders, didactische fiches en cd-rom.
Info: vad@vad.be of www.vad.be

* *In deze brochure spreken we zowel over* middelen *als over* drugs.

2. GESCHIEDENIS: MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN ZIJN VAN ALLE TIJDEN

Drugs zijn er altijd geweest. Oorspronkelijk komen ze uit de natuur. De ontdekking ervan verliep meestal toevallig. Het gebruik van drugs heeft door de eeuwen heen drie functies gehad: een godsdienstige, een geneeskundige en een ontspannende. Planten zijn lang de enige bron van drugs geweest. Op zoek naar voedsel ging de primitieve mens met planten experimenteren. Zo ontdekte men dat bepaalde planten een buitengewone werking hadden op de geest. Omdat men dit niet kon verklaren, schreef men dit toe aan bovenaardse krachten.

In de oude Egyptische, Griekse en Romeinse beschavingen bestonden er ook drugs. Priesters gebruikten kruiden en planten om in hogere sferen te raken: ze wilden één worden met hun godheid. Wijn en bier hoorden er ook bij. Deze dranken kwamen niet alleen tevoorschijn bij godsdienstige gelegenheden, ook bij feestjes en gezellig samenzijn stonden wijn en bier op tafel. Wijn was de drank van de rijken en bier die van de armen. Ook volkeren in het Midden-Oosten, Azië, Centraal-Afrika en Zuid-Amerika gebruikten drugs zoals hasj en cocabladen en gaven er een godsdienstige betekenis aan. Daarnaast gebruikten ze deze planten tegen allerlei kwalen en ziekten. In vroegere tijden werd er ook gegokt, bijvoorbeeld met dobbelstenen (reeds gekend in de derde eeuw voor Christus) en kaartspelen (reeds in de twaalfde eeuw in China gebruikt).

In de Middeleeuwen kende iedereen, veel meer dan nu, de geneeskrachtige invloed van kruiden en planten. Deze kruidenkennis kon alleen binnen de kloostermuren. Buiten de kloostermuren was het omgaan met kruiden en planten gevaarlijk: je liep de kans om als heks of tovenaar op de brandstapel te belanden. Als we nu kijken naar oude kruidenboeken, zien we dat ze vol staan met magische bereidingen en legendes over rondvliegende heksen. Het gebruik van sommige planten wekt namelijk de indruk dat je door de lucht kan vliegen of in een dier verandert. Want jawel, wie van de levensgevaarlijke vliegenzwam eet, ziet ze vliegen. De recepten die in deze kruidenboeken staan, staan vol bereidingen en roesopwekkende planten.

De ontdekking van Amerika valt samen met het eerste gebruik van tabak. In 1492 kwam Columbus als eerste Europeaan in contact met tabak. Later bleek dat het gebruik van tabak reeds geruime tijd bekend was bij de indianen.

Tot de achttiende eeuw was het gebruik van kruiden en planten een doodgewone zaak. Mensen gebruikten het als roesmiddel, als geneesmiddel en bij godsdienstige gelegenheden. De achttiende eeuw, gekenmerkt door de opgang van de wetenschap, veranderde dat. Het gebruik van roesmiddelen werd op de achtergrond verdrongen. Men ging op zoek naar wetenschappelijke verklaringen voor alles en nog wat. Wetenschap kreeg veel waardering en alles wat niet met het verstand verklaard kon worden, moest plaats ruimen, ook drugs. Dit vertrouwen in de wetenschap hield niet lang stand. Als reactie op het koele wetenschappelijke ontstond de romantiek. Deze beweging reageerde door het alledaagse te ontvluchten. Deze vluchtwereld kon het verleden of de fantasie zijn, maar ook drugs. Roesmiddelen werden opnieuw populair bij kunstenaars en creatievelingen. Opium en alcohol werden geliefkoosde drugs.

Halverwege de negentiende eeuw brak de industriële revolutie uit. Arbeiders trokken naar fabrieken en bedienden er door stroom aangedreven machines: het begin van de massaproductie. De industriële revolutie zorgde ervoor dat vele mensen leefden in het grauwe decor van groeiende fabriekssteden. Arbeiders maakten lange werkdagen voor een karig loon. Als compensatie hiervoor zochten ze hun toevlucht in alcohol. De geneeskrachtige kennis van kruiden en planten ging verloren. In labo's werden synthetische geneesmidde-

len ontwikkeld. Na allerlei experimenten bleken vele van deze producten niet geschikt als geneesmiddel. Denk maar aan LSD en ook heroïne. Ze kenden wel succes als roesmiddel.

Tot het begin van de twintigste eeuw werden alcohol, opium en kruiden ook als slaap- en kalmeringsmiddel gebruikt. Daarna kwamen de eerste synthetische middelen op de markt: barbital en tal van andere barbituraten, die erg verslavend bleken te zijn. Begin jaren zestig werden de minder verslavende benzodiazipinen geïntroduceerd.
De pijnstillende werking van opium is al sinds de oudheid bekend. In het begin van de negentiende eeuw slaagde men erin morfine uit opium te isoleren. Sindsdien wordt het wereldwijd gebruikt bij de bestrijding van ernstige pijn.
Van het eerste antidepressivum ten slotte is sprake sinds de tweede helft van de twintigste eeuw, toen men ontdekte dat synthetisch samengestelde heropnameremmers een werking op het gemoed hadden.

Tegenwoordig heeft het gebruik van drugs iedere relatie met de oude godsdienstige riten verloren. Drugs worden meer en meer voor het plezier gebruikt. Ze zijn bovendien meer en meer onderhevig aan mode en trends. In de jaren zestig kenden vooral tripmiddelen zoals hasj en LSD een enorm succes. In de jaren zeventig zochten jongeren hun toevlucht in alcohol, heroïne en amfetamines. De jaren tachtig staan garant voor drugs zoals cocaïne. XTC, ecodrugs en smartdrugs zijn dan weer kenmerkend voor de jaren negentig. Vandaag worden drugs steeds gewoner en verliezen ze hun dure en exclusieve karakter. Drugs worden ook meer en meer door elkaar gebruikt.

Wat het gokken betreft, is de vroegere Koloniale Loterij (1934) een oude bekende. Vanaf 1964 werd dit de Nationale Loterij, met als bekendste producten de lotto en de verschillende krasloten. Wedden op paardenkoersen en voetbalwedstrijden, in wed- of turfkantoren, maakt ondertussen ook deel uit van het Vlaamse 'goklandschap'. De mogelijkheden om te gokken zijn de afgelopen decennia sterk toegenomen door de komst van de kansspelautomaten in casino's, lunaparken, kantines en horecagelegenheden. De markt wordt verder aangevuld door aanbieders van occasionele gokactiviteiten: eenmalige loterijen, winkeltombola's,... In de provincie Limburg en ook in een deel van de provincie Vlaams-Brabant is het 'kienen' populair. Af en toe is er in de media sprake van illegale gokactiviteiten zoals honden- en hanengevechten. De gokmogelijkheden op het internet groeien snel: via een kredietkaart of een andere elektronische portemonnee kan men gemakkelijk en snel met veel geld spelen.

3. MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN: DE MARKT

3.1 Alcohol

Uitgaande van de NIS-statistieken produceerde België in 2000 1,5 miljard liter bier en 7 miljoen liter sterke drank. Bier is een belangrijk exportproduct. In 2000 voerde België meer dan 0,5 miljard liter bier uit.

De Belgische huishoudens besteedden in 2001 gemiddeld € 260 aan wijn en aperitieven. Bier komt op de tweede plaats met € 102. Gemiddeld € 59 werd aan sterke drank gegeven.

3.2 Illegale drugs

Cannabis is in elke lidstaat, op Portugal na, de meest in beslag genomen drug. Dit is voor België niet anders. De laatste jaren steeg in Europa het aantal inbeslagnames van cocaïne. Ook in België worden de laatste jaren meer cocaïne en ook XTC in beslag genomen. Op de illegale drugmarkt kost cocaïne het meeste (€ 42 à € 64 per gram) en cannabis het minste (€ 4 à € 7,5 per gram).
Jongeren komen in hun leefomgeving met illegale drugs in contact. 22,0% van alle jongeren in het secundair onderwijs die VAD in het kader van de leerlingenbevraging enquêteerde, komt minstens eenmaal per week op plaatsen waar illegale drugs worden gebruikt of verkocht.

3.3 Psychoactieve medicatie

Nog meer dan alcohol exporteert België geneesmiddelen. De farmaceutische verwerkende nijverheid zorgt dan ook voor heel wat tewerkstelling. De verkoop van medicatie is enorm. In België kochten we in 2002 meer dan 40 miljoen verpakkingen pijnstillers. Maar ook de verkoop van kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen (vooral benzodiazepines) ligt enorm hoog. In 2002 werden 13 miljoen verpakkingen van deze geneesmiddelen verkocht. We zien dat de voorschriften vooral gegeven worden aan relatief oudere vrouwen (65-plussers en 40- tot 54-jarigen). De verkoop van antidepressiva en van psychostimulantia zit duidelijk in de lift. In 2002 werden 7 miljoen eenheden van antidepressiva verkocht. In vergelijking met 10 jaar geleden is de verkoop meer dan verdubbeld. Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 509.692 verkochte eenheden in 2002. Nochtans is de verkoop van deze producten sinds 2000 met bijna 50% gestegen. Deze toename heeft vooral te maken met het grote succes van methylfenidaat (Rilatine® en Concerta®). Toch gaat er in het huishoudbudget, in vergelijking met de uitgaven voor alcohol, niet zo'n groot bedrag naar geneesmiddelen. Gemiddeld wordt € 300 per jaar aan medicatie uitgegeven. Ouderen en gepensioneerden geven het meeste uit aan medicijnen.

3.4 Roken

Belgische gezinnen gaven in 2001 gemiddeld € 252 uit aan tabak. Globaal bedroegen in 2001 de Belgische fiscale ontvangsten op tabaksproducten € 1.712 miljoen in 2001.
Volgens de jaarverslagen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid waren er in België op 30 juni 1985 5.798 personen tewerkgesteld in de tabaksnijverheid. 15 jaar later, op 30 juni 2000, 2.802 personen. De verwachtingen voor de tewerkstelling in de Belgische tabaksindustrie voor de volgende 10 jaar zijn weinig rooskleurig. Deze teloorgang van de tewerkstelling heeft weinig te maken met de dalende verkoop, maar wel met de politiek van de grote multinationale bedrijven ter zake, die hun industriële productiecentra tot enkele sterk geautomatiseerde eenheden in Europa beperken.

3.5 Gokken

Het bedrag dat jaarlijks gespendeerd wordt aan allerhande gokspelen is € 24,7 miljard.

Meer?

DE DONDER, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001.* VAD: Brussel.

JOOSSENS, J. (2002). *Documentatiemap roken.* OIVO: Brussel.

SCHROOTEN, J. (2003). *Dossier Alcohol. Met specifieke aandacht voor de doelgroep 25-54 jarigen.* VAD: Brussel.

4. OMVANG VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Dit stuk bevat cijfers over de omvang van middelengebruik en gokken. Het is niet eenvoudig om een exacte schatting over gebruik te geven omwille van de moeilijke vergelijkbaarheid van cijfers. Wanneer we de verschillende onderzoeken naast elkaar leggen, dan zien we dat ieder onderzoek een ander aspect van de problematiek belicht. We beschikken over verschillende informatiebronnen:

Bevolkingsonderzoeken zijn onder andere een belangrijke indicator voor het aantal gebruikers in een populatie. Ze geven ons vooral een beeld van niet-problematisch gebruik. Beperkte vergelijkbaarheid is een gevolg van:

- onderzoek uitgevoerd bij een beperkte/specifieke groep van de bevolking;
- onderzoek uitgevoerd in een bepaalde regio;
- gebrek aan follow-uponderzoek dat gebruik maakt van dezelfde methodologie;
- onderzoek dat eigen specifieke aspecten meet en waar middelengebruik soms slechts een beperkt onderdeel van uitmaakt.

Registratiegegevens van hulpverlenings- en justitiële diensten geven veeleer een beeld van problematisch gebruik. Hier moeten we rekening houden met volgende bedenkingen:

- Cijfers geven vaak een weerspiegeling van de middelen, de prioriteiten en het beleid van de registrerende instanties.
- Bepaalde groepen hebben meer kans in contact te komen met justitie.
- Bepaalde groepen vinden de weg naar de traditionele hulpverlening niet.

Administratieve of officiële statistieken geven een zicht op productie, distributie en afname. De moeilijkheid hier schuilt in de grote onderlinge verschillen (in aantallen), afhankelijk van de bron. Verschillen lopen soms op tot in de miljoenen. Vergelijking is moeilijk door:

- gebrek aan uniforme methodologie tussen verschillende bronnen;
- gebrek aan recente gegevens (groot verloop tussen registratie en verwerking van gegevens).

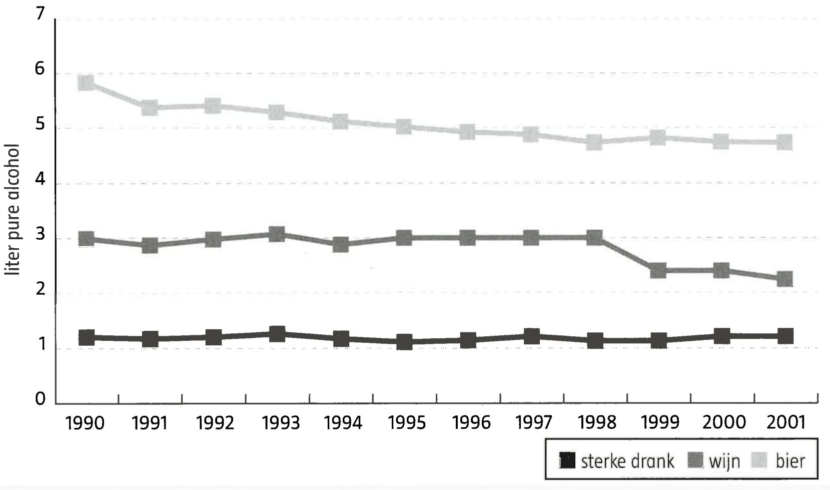
4.1 Cijfers over de omvang van middelengebruik en gokken bij +15-jarigen

4.1.1 Alcohol

Alcohol is in ons land het meest gebruikte genotmiddel. 81% van de Belgen van 15 jaar of ouder dronk in 2001 minstens eenmaal alcohol. 26% van de vrouwen en 12% van de mannen dronken het afgelopen jaar geen alcohol. 12% van de Belgische bevolking drinkt dagelijks alcohol. Dit percentage is hoger bij mannen (15%) dan bij vrouwen (9%) en stijgt met de leeftijd. Gemiddeld worden er 6,2 glazen alcohol per week gedronken.

Per hoofd van de bevolking werden in 2001 gemiddeld 98,0 liter bier, 18,7 liter wijn en 3,4 liter sterke drank gedronken. Dit komt neer op 8,2 liter alcohol in totaal, waarmee België de 17de plaats op wereldvlak inneemt inzake alcoholconsumptie. De afgelopen 10 jaar merken we een daling van het gebruik van alcohol op. Dit geldt echter niet voor alle soorten drank. Terwijl zowel bier als wijn aan populariteit hebben verloren, scoort sterke drank in 2001 even hoog als in 1990.

consumptie van bier, wijn en sterke drank in België [World Drink Trends]



4.1.2 Illegale drugs

In 2001 heeft 8,7% van de Belgische bevolking van 15 jaar of ouder geëxperimenteerd met cannabis. Meer mannen (10,8%) dan vrouwen (6,6%) deden dat. Het recent cannabisgebruik ligt heel wat lager: 2,2% gebruikte cannabis de maand voor de gezondheidsenquête. Ook het recent gebruik is hoger bij mannen (3,1%) dan bij vrouwen (1,4%).
1,7% van de Belgen experimenteerde reeds met XTC en/of amfetamines. Hierin is geen opmerkelijk verschil tussen de seksen op te merken. Slechts 0,3% heeft de afgelopen maand XTC en/of amfetamines gebruikt.

4.1.3 Psychoactieve medicatie

Het gebruik van antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen werd onderzocht in de nationale gezondheidsenquête (2001). In de afgelopen 2 weken gebruikte 8,2% van de bevolking van 15 jaar of ouder slaapmiddelen, 5,8% gebruikte kalmeringsmiddelen en 4,9% antidepressiva. Meer vrouwen dan mannen nemen psychoactieve medicatie. Het gebruik van antidepressiva komt het meest voor op jongere leeftijd terwijl vanaf de leeftijd van 55 jaar vooral slaapmiddelen worden gebruikt.

4.1.4 Roken

In België zijn er in 2001 28% rokers (24% dagelijkse rokers en 4% occasionele rokers) en 72% niet-rokers (31% ex-rokers en 41% personen die aangeven nog nooit gerookt te hebben). Het percentage rokers ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen en dit vinden we terug in alle leeftijdsgroepen.

4.1.5 Gokken

Hoeveel mensen in België gokken is niet bekend.

Meer?

BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H. (2002). *Gezondheids-enquête door middel van interview België 2001. IPH/EPI Reports nr. 2002 -22.* Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek: Brussel.
http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm

DE DONDER, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001.* VAD: Brussel.

SCHROOTEN, J. (2003). *Dossier Alcohol. Met specifieke aandacht voor de doelgroep 25-54 jarigen.* VAD: Brussel.

4.2 Cijfers over de omvang van middelengebruik en gokken bij leerlingen

In de VAD-leerlingenbevraging wordt onder andere gepeild naar het gebruik van legale en illegale middelen. De gegevens van 2002 bieden een goed beeld van het gebruik van Vlaamse jongeren, want ze zijn gebaseerd op een steekproef van 35.424 leerlingen, representatief voor de Vlaamse jongeren in het secundair onderwijs (ASO, TSO en BSO).

4.2.1 Alcohol

Ooit Alcohol gedronken?

	geen bier gedronken het laatste jaar		wel bier gedronken het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	23,4	14,2	31,8	30,6
meisjes	33,0	18,2	35,5	13,3

	geen wijn gedronken het laatste jaar		wel wijn gedronken het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	27,8	22,3	42,1	7,7
meisjes	29,8	21,5	41,5	7,1

	geen sterke drank gedronken het laatste jaar		wel sterke drank gedronken het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	50,2	17,8	26,0	5,9
meisjes	63,5	17,3	16,6	2,6

	geen alcopops gedronken het laatste jaar		wel alcopops gedronken het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	30,0	15,3	42,3	12,3
meisjes	27,9	14,3	47,7	10,0

4.2.2 Illegale drugs

Ooit cannabis gebruikt?

	niet gebruikt het laatste jaar		wel gebruikt het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	71,1	10,1	11,2	7,6
meisjes	79,7	8,9	8,5	2,9

Ooit XTC gebruikt?

	niet gebruikt het laatste jaar		wel gebruikt het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	94,8	2,6	2,1	0,6
meisjes	97,1	1,8	0,9	0,2

4.2.3 Psychoactieve medicatie

Ooit psychoactieve medicatie genomen?

	geen lichte pijnstillers genomen het laatste jaar		wel lichte pijnstillers genomen het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	26,0	28,1	43,3	2,6
meisjes	11,2	19,9	63,8	5,0

	geen slaapmiddelen genomen het laatste jaar		wel slaapmiddelen genomen het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	93,8	4,7	1,2	0,3
meisjes	92,2	5,6	1,8	0,4

4.2.4 Roken

Ooit gerookt?

	niet gerookt het laatste jaar		wel gerookt het laatste jaar	
	nooit / ken ik niet	niet het laatste jaar	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	47,1	20,3	9,9	22,6
meisjes	48,3	19,9	10,2	21,5

4.2.5 Gokken

Ooit gegokt?

		gokautomaten	
	nooit	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
jongens	83,6%	13,9	2,5
meisjes	90,2	9,1	0,7

	nooit	occasioneel (minder dan 1x/week)	regelmatig (minstens 1x/week)
kaarten voor geld			
jongens	83,3	14,7	2,0
meisjes	92,8	6,7	0,5
lotto			
jongens	74,2	22,1	3,7
meisjes	77,0	20,6	2,4
wedden voor geld			
jongens	63,9	33,2	2,9
meisjes	79,4	19,9	0,7

***Noot** Uit onderzoek blijkt dat de meeste jongeren geen illegale drugs gebruiken. Verder moeten we voor ogen houden dat statistieken geen informatie bieden over problemen die kunnen voortvloeien uit gebruik. Bovendien gaan statistieken vaak over hoeveel jongeren ooit illegale drugs hebben gebruikt. Aangezien dit ook gaat over jongeren die maar één keer illegale drugs hebben geprobeerd, leert ons dit weinig over hoeveel jongeren effectief illegale drugs gebruiken. Dit kunnen we te weten komen door het recente gebruik te bevragen (bijvoorbeeld het laatste jaar of de laatste maand). Hoe vaak jongeren een bepaald middel (legaal of illegaal) gebruiken, geeft ons ten slotte een indicatie over mogelijk problematisch gebruik.*

Meer?

BERNAERT, I. & KINABLE, H. (2003). *Over jongeren en middelengebruik. De cijfers ontcijferd.* VAD: Brussel.

5. OMVANG VAN PROBLEMEN ALS GEVOLG VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Het is niet eenvoudig om een exacte schatting van de problemen als gevolg van middelengebruik en gokken te geven, vooral omdat het moeilijk is problematische gebruikers te vinden en te bevragen.

Bestaande cijfergegevens zijn moeilijk te vergelijken. Wanneer we de verschillende onderzoeken naast elkaar leggen, merken we dat ieder onderzoek een ander aspect van de problematiek belicht.

Daar kunnen we nog aan toevoegen dat de cijfers over middelengebruik doorgaans alleen rekening houden met de geconsumeerde hoeveelheden, terwijl bij problematisch gebruik ook andere factoren meespelen. Het is niet zo makkelijk af te lijnen wanneer iemand problemen krijgt als gevolg van *bijvoorbeeld alcoholgebruik. Er is immers een complex samenspel tussen verschillende elementen zoals persoonlijkheid, gezin, socio-economische omstandig-*

heden, subcultuur, hoeveelheid en beschikbaarheid van alcohol,... Het is dus niet enkel de hoeveelheid die geconsumeerd wordt die bepaalt of personen al dan niet problematische drinkers zijn. Bovenstaande elementen zijn te groeperen in de drie M's: de mens (gebruiker), het middel (bijvoorbeeld alcohol) en het milieu (de omgeving van de gebruiker).
Ten slotte vormt ook de definiëring van problematisch middelengebruik een probleem.

5.1 Alcohol

Op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête berekenden Cattaert en Pacolet (2003) het aantal probleemdrinkers voor België. 1,7% van de vrouwelijke en 2,9% van de mannelijke bevolking zouden er, volgens deze berekeningen, een voor ons lichaam schadelijk drinkpatroon op nahouden. Dit drinkpatroon komt overeen met minstens 4 (V) en 6 (M) glazen alcohol per dag. Deze groep problematische drinkers (2,3% van de bevolking) is goed voor 19,2% van de totale alcoholconsumptie. Vertrekkende van andere enquêtegegevens krijgen we andere resultaten met betrekking tot problematisch gebruik. Uit een schatting blijkt dat België ongeveer 500.000 problematische drinkers telt.

Afgaande op de cijfers uit de gespecialiseerde hulpverlening stellen we vast dat alcohol het meest geregistreerde product is waarvoor mensen in behandeling zijn. In 1999 werden 7.578 Vlamingen opgenomen in de gespecialiseerde hulpverlening omwille van hun problemen met alcohol. Het merendeel (71,4%) hiervan zijn mannen. De gemiddelde leeftijd van de alcoholgebruiker is 41 jaar. De grootste groep van alcoholgebruikers situeert zich in de leeftijdscategorie 40-44 jaar. 79,3% van alle geregistreerde gebruikers is tussen de 25 en 54 jaar.

5.2 Illegale drugs

4 op de 10 oproepen van de DrugLijn gaan over cannabis. Het aantal vragen over amfetamines is tegenover 1999 gedaald van 23% naar 12% in 2002. Vragen over XTC zijn stabiel gebleven (ongeveer 10%).

In 1999 werden via de Vlaamse Registratie Middelengebruik 2.250 personen geregistreerd die heroïne gebruiken. Dit is 14,6% van de totale populatie cliënten in de hulpverleningsinstellingen waarvan de registratiegegevens worden opgenomen. Bij 80,1% is heroïne het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. De meeste heroïnegebruikers zijn mannen (78,5%). De gemiddelde leeftijd van de heroïnegebruiker die in behandeling is, is bijna 28 jaar. 2.257 personen in de Vlaamse Registratie Middelengebruik zijn cocaïnegebruikers (dit is 14,6% van de totale geregistreerde populatie). Ruim een derde van de cocaïnegebruikers gebruikt als eerste product cocaïne. Vier vijfde van de cocaïnegebruikers is man. De gemiddelde leeftijd van de cocaïnegebruiker in de hulpverlening is 27 jaar.
2.588 personen deden in 1999 een beroep op de hulpverlening omwille van problemen met amfetaminegebruik. Dit is 16,8% van de totale populatie cliënten. Bij de helft van de amfetaminegebruikers zijn amfetamines ook het eerst gebruikte product. De amfetaminegebruikers zijn vooral mannen (74,8%), en ze vormen een jonge groep hulpzoekenden. De

gemiddelde leeftijd van de amfetaminegebruiker is 24 jaar en startte het gebruik gemiddeld op 17,5 jaar. 63,9% van deze groep is jonger dan 25 jaar. De meesten zijn tussen de 15 en 24 jaar.
Van de illegale middelen is cannabis het product dat door de meeste personen in de hulpverlening wordt gebruikt. 2.426 personen, opgenomen in de Vlaamse Registratie Middelengebruik, gebruiken cannabis als voornaamste product (15,7% van de totale populatie cliënten in de bestudeerde hulpverleningsvormen). 74,8% is tussen de 15 en 24 jaar.

5.3 Psychoactieve medicatie

In 7% à 8% van de gesprekken die de DrugLijn voert komt medicatie aan bod.
In de Vlaamse Registratie Middelengebruik zijn gegevens opgenomen over het gebruik van benzodiazepines. 1.195 personen die zich tot de gespecialiseerde hulpverlening wenden, gebruiken benzodiazepines. Dit is 8% van de totale populatie met middelengerelateerde problemen in de Vlaamse Registratie Middelengebruik. Bij twee vijfde van de gebruikers van deze producten zijn benzodiazepines ook het hoofdproduct waarvoor ze in behandeling zijn. In tegenstelling tot de groep gebruikers van alcohol en illegale drugs, waarvan mannen telkens de meerderheid vormen, zien we onder de gebruikers van benzodiazepines een gelijk aandeel mannen (52,6%) en vrouwen (47,4%). De gemiddelde leeftijd van de benzodiazepinegebruiker in de hulpverlening is 38 jaar.

5.4 Roken

In de laatste decennia van de twintigste eeuw is tabak in België verantwoordelijk voor bijna 20.000 doden per jaar.
Rokers hebben een groter risico dan niet-rokers op een hele reeks ziekten en aandoeningen. Daarnaast vermindert tabaksgebruik een aantal functies en verergert het de symptomen van een aantal ziekten.
Roken is de belangrijkste oorzaak van chronische obstructieve longziekten, zoals bronchitis en emfyseem. Daarnaast hebben rokers meer kans op infecties van het ademhalingsstelsel (zoals verkoudheden, griep, longontsteking) en een verminderde longfunctie. Roken is een van de belangrijkste risicofactoren voor hartziekten (zoals hartinfarct en angina pectoris). Daarnaast vergroot roken de kans op vaatziekten (zoals herseninfarct en -bloeding, gangreen van het been) en problemen van de bloedsomloop. Het oorzakelijk verband tussen roken en longkanker is reeds lang en overduidelijk bewezen. Er bestaat ook een oorzakelijk verband tussen roken en andere kankers (leukemie, kanker van de mond, lip, keel, maag, blaas, lever, nieren, alvleesklier en baarmoeder).
Roken leidt tot een eerdere menopauze en een verminderde vruchtbaarheid bij mannen en vrouwen en het vergroot de kans op maagzweren, diabetes, verlies van gehoor, cataract, psoriasis, huidrimpels, osteoporose en tandverlies. Ten slotte verergert roken astma en multiple sclerosis.

5.5 Gokken

Er zijn geen wetenschappelijke gegevens over het aantal personen met een gokprobleem of over het aantal gokverslaafden. Als we ons baseren op cijfers uit Nederland, waarbij men schat dat er 32 tot 44 gokverslaafden per 10.000 inwoners zijn (Koeter van Van den Brink, 1996), dan kunnen we veronderstellen dat dit overeenkomt met 32.000 tot 44.000 personen in ons land. Het aantal mensen dat problemen heeft met gokken maar (nog) niet afhankelijk is, kan veel hoger liggen. In de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) melden zich jaarlijks 450 à 500 cliënten met gokproblemen. Er is elk jaar een lichte stijging. Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ) namen in 1998 151 pathologische gokkers op (federale cijfers) (Willemen, 2001). De zelfhulpgroep Anonieme Gokkers telt in Vlaanderen een 800-tal leden. En dit is maar een topje van de ijsberg: niet iedereen die problemen heeft met gokken of er afhankelijk van is, meldt zich voor hulp bij gespecialiseerde hulpverleningsinstellingen of gaat naar een zelfhulpgroep.

Meer?

CATTAERT, G. & PACOLET, J. (2003). *Alcoholgebruik naar leeftijd in België. Analyse van het alcoholgebruik in de recente gezondheidsenquêtes en gezinsbudgetenquêtes.* HIVA: Leuven en VAD: Brussel.

DE DONDER, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001.* VAD: Brussel.

JOOSSENS, J. (2002). *Documentatiemap roken.* OIVO: Brussel.

SCHROOTEN, J. (2003). *Dossier Alcohol. Met specifieke aandacht voor de doelgroep 25-54 jarigen.* VAD: Brussel.

STEVENS, V. & VAN DEN BROUCKE (red.) (2001). *Gezondheidspromotie 2001. Tien jaar gezondheidspromotie in Vlaanderen.* VIG: Brussel.

VANDENBUSSCHE, E. (2000). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM). Registratiegegevens 1999.* VAD: Brussel.

HOOFDSTUK 2 MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN: EEN COMPLEXE PROBLEMATIEK

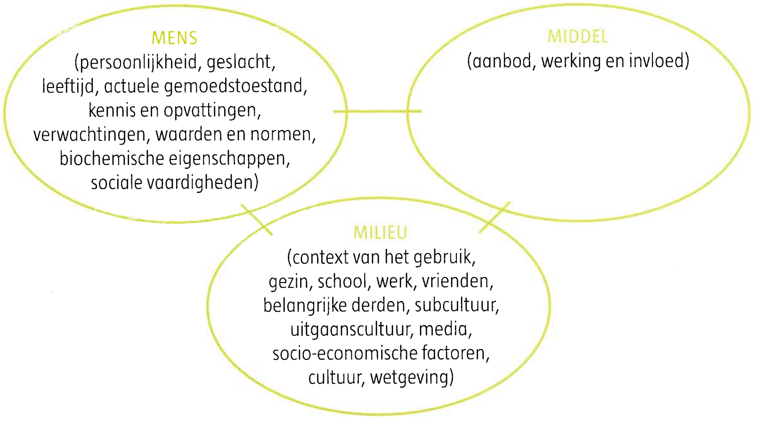
1. MENS, MIDDEL, MILIEU

We leven in een maatschappij waarin we vaak voor de keuze komen te staan om al dan niet legale en/of illegale drugs te gebruiken. Veel mensen drinken al eens een glas alcohol, en iedereen heeft wel ooit een gokje gewaagd. Sommigen gebruiken wel eens een illegaal product. De ene kan het gebruik goed onder controle houden en de andere ontwikkelt probleemgebruik. De oorzaken van (problematisch) middelengebruik zijn zeer complex en hangen samen met een veelheid aan factoren en de interactie ertussen.

In de literatuur vinden we verschillende (verklarings)modellen die ontstaansfactoren beschrijven. Deze belichten telkens een specifiek geheel van beïnvloedende factoren. Zo zijn er bijvoorbeeld de *medisch-psychiatrische modellen,* historisch gezien de eerste verklaringsmodellen: afhankelijkheid of problematisch gebruik wordt bestempeld als een 'ziekte' die kan behandeld worden. De *gedragsmatige verklaringsmodellen* stellen de (complexe) interactie tussen het individu en zijn omgeving centraal. Vrij recent wordt de nadruk gelegd op biologische en genetische factoren die aan de basis liggen van problematisch gebruik. Zij worden gegroepeerd in de *biologisch-genetische verklaringsmodellen.*

Deze modellen geven elk een juiste analyse van bepaalde oorzaken van gebruik of misbruik. Maar ze geven slechts deels een verklaring voor een veel complexer probleem. De *mulitfactoriële verklaringsmodellen* brengen daarom alle ontstaansfactoren samen en stellen dat élke factor, individueel of in wisselwerking met elkaar, direct of indirect, kan leiden tot (problematisch) middelengebruik. Naast contextuele, culturele en omgevingsfactoren maken ook psychosociale, interpersoonlijke en biogenetische factoren deel uit van het geheel aan beïnvloedende factoren. De nadruk ligt hierbij op complexe interactie.
De alcohol- en drugsector maakt reeds jarenlang gebruik van een multifactorieel verklaringsmodel: het MMM-model. In dit model zijn alle factoren ondergebracht in drie groepen: mens, middel en milieu. Gebruik of problematisch gebruik draait niet enkel rond de *mens* met zijn persoonlijkheid, waarden en normen. Ook de kenmerken van het *middel* alcohol, andere drugs of ook gokken en het *milieu,* de fysieke en sociale omgeving waarin mensen gebruiken of niet gebruiken, is een belangrijke component. Deze drie groepen staan in interactie met elkaar en bepalen of mensen al dan niet middelen (problematisch) gaan gebruiken.

MMM-schema



Meer?

Geirnaert, M. (1989). *Strategieën voor drugpreventie.* In: Welzijnsgids, Afl. 43.

Lambrechts, M. & Van Baelen, L. (2002). *Ontstaansfactoren van problematisch alcohol- en druggebruik.* In: De Donder, E., De Maeseneire, I., Geirnaert, M., Lambrechts, M., Roose, N., Van Baelen, L., Verstuyf, G., *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening,* Kluwer: Mechelen.

2. NIET-PROBLEMATISCH EN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

2.1 Niet-problematisch gebruik

De meeste mensen gebruiken middelen uit positieve overwegingen, zonder zichzelf of anderen schade te berokkenen. Het gaat over niet-problematisch gebruik.
Alcohol is de meest verspreide en sociaal best aanvaarde drug. Meestal gaat het om een gematigd en verantwoord drinkgedrag, dat geïntegreerd is in de samenleving.
Een stijgend aantal mensen gebruikt ook cannabis met een bepaalde regelmaat, zonder dat dit onmiddellijk problemen (op lichamelijk, psychisch en/of sociaal vlak) tot gevolg heeft. Wettelijk gezien is het echter nog steeds een illegaal product .
Het zogenaamde geïntegreerde gebruik van andere illegale middelen (zoals cocaïne) is eerder marginaal.

2.2 Problematisch gebruik

Problematisch gebruik kan op verschillende manieren benaderd worden. Het kan gedefinieerd worden als een proces dat uiteindelijk leidt tot afhankelijkheid van een bepaald middel (cf. figuur p.19). In dat geval is het vooral een gezondheidsprobleem met een (ernstige) weerslag op andere domeinen (gezin, werk,...). In een aantal problematische

situaties is er geen sprake van chronisch gebruik. Het gaat dan om occasioneel gebruik op de verkeerde plaats of op het verkeerde tijdstip. In de meeste gevallen speelt hierbij de hoeveelheid een belangrijke rol, al kan in sommige settings een geringe hoeveelheid al een probleem vormen.
Terwijl langdurig overmatig gebruik op termijn ernstige lichamelijke schade kan toebrengen, is occasioneel overmatig gebruik vooral een veiligheidsprobleem, dat in een aantal gevallen ook ernstige gezondheidsschade kan berokkenen (verkeersongevallen, overdosissen). De schade wordt mede bepaald door kenmerken van de gebruiker, de drug zelf en de wijze van gebruik. Occasioneel problematisch gebruik kan ook een signaal zijn van een zich ontwikkelend afhankelijkheidsprobleem.

MEERDERHEID BEVOLKING

niet-problematisch gebruik

sociaal gebruik
geïntegreerd gebruik

MINDERHEID BEVOLKING

problematisch gebruik

situationeel
(veiligheid/gezondheid)
riskant gebruik
occasioneel gebruik
excessief gebruik

chronisch gebruik
proces naar
afhankelijkheid
(vooral impact op gezondheid
en omgeving)

De normen voor overmatig gebruik kunnen variëren naargelang de setting en het langetermijnperspectief. In de verkeerssituatie overschrijdt de bestuurder de wettelijke normen bij een alcoholpromillage van meer dan 0,5. In bepaalde andere contexten (zoals de werksituatie) hanteert men dan weer andere normen, bijvoorbeeld de nultolerantie. Het overschrijden van deze normen betekent niet per definitie dat er een gezondheidsprobleem is.

Termen als 'verslaving', 'misbruik', 'afhankelijkheid' en 'alcoholisme' leggen de nadruk op de lichamelijke en psychische problemen die voortvloeien uit (langduriger) middelengebruik.
De algemeen ingeburgerde term 'verslaving' wordt tegenwoordig niet veel meer gebruikt. Men kiest veeleer voor 'misbruik' en 'afhankelijkheid', de termen uit de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de editie) (DSM-IV): dit is een classificatie van psychische stoornissen, ontwikkeld door de *American Psychiatric Association* voor hulpverlening, opleiding en onderzoek.

Van misbruik van een middel spreken we bij onaangepast gebruik dat zich uit in ten minste één of meer van de volgende elementen: (1) herhaaldelijk gebruik van een middel waardoor het niet meer lukt om aan verplichtingen op het werk, op school of thuis te voldoen, (2) herhaaldelijk gebruik van een middel in een fysiek gevaarlijke situatie (bijvoorbeeld verkeer), (3) herhaaldelijk in contact komen met justitie, gerelateerd aan het gebruik en (4) tot slot aanhoudend gebruik van het middel ondanks telkens weerkerende problemen op sociaal niveau.

Afhankelijkheid (volgens de DSM-IV) is een patroon van onaangepast gebruik van een middel zodat het significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende elementen:
   a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
   b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
2. Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende elementen:
   a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom;
   b. hetzelfde (of nauw hiermee verwante) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan aanvankelijk gepland.
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen, het gebruik van het middel of het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld doorgaan met drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik).

Samenvattend is er sprake van afhankelijkheid als de betrokkene het gebruik niet kan staken en als dit leidt tot onaangepast gebruik, stoornissen en problemen. Afhankelijkheid wordt verder gekenmerkt door onthoudingsverschijnselen (het lichaam heeft zich dermate aangepast aan de stof dat stoppen met het product altijd gepaard gaat met ontwenningsverschijnselen) en tolerantie (de gebruiker heeft steeds meer van het middel nodig om hetzelfde effect te verkrijgen). Ook is stoppen erg moeilijk eenmaal men begonnen is (controleverlies). Soms kan de gebruiker zonder het middel psychisch niet goed meer functioneren: er is een nauwelijks te controleren verlangen naar het middel.

Specifiek voor alcohol is de term 'alcoholisme' steeds verder in onbruik geraakt omwille van zijn connotatie met het (te enge) begrip ziekte. De term 'probleemdrinken' maakt nu meer opgang. Er is sprake van probleemdrinken als een individu buitensporig veel alcohol gebruikt en als dat drinkgedrag gepaard gaat met lichamelijke, psychische of sociale problemen voor de drinker zelf of voor anderen.

3. RISICO'S VAN MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

De meerderheid van de mensen die alcohol en drugs gebruiken, heeft geen problemen met het gebruik en ervaart er enkel de positieve effecten van. Nochtans is er een aantal ernstige risico's verbonden aan middelengebruik. Deze risico's kunnen te maken hebben met het product op zich en de manier waarop dit gebruikt wordt. Meestal hangen ze ook samen met de gebruiker en de context van gebruik (cf. p.18, MMM-model). Bij gokken is er geen sprake van inname van een product, maar iemand kan wel te veel tijd en geld aan het gokken besteden. Hoe langer en frequenter men gokt, hoe groter de risico's.

3.1 Gezondheidsproblemen

Overmatig middelengebruik veroorzaakt meestal lichamelijke schade. Uiteraard is de schade afhankelijk van het product, de context waarin het middel gebruikt wordt en van de persoon (bijvoorbeeld leeftijd en sekse).
Alcohol beschadigt weefsels en organen. Vooral de lever en het zenuwstelsel zijn voor deze stof zeer gevoelig. Als gevolg van chronisch alcoholgebruik kunnen onder andere de volgende ziektebeelden optreden: maagslijmvliesontsteking, alvleesklierontsteking, leveraandoeningen, alcoholhepatitis, levercirrose, aandoeningen van hart- en bloedvatenstelsel, arteriële hypertensie, bloedcelafwijkingen, endocriene stoornissen, spierweefselaandoeningen, perifere zenuwaandoeningen, Wernicke-Korsakow-syndroom, encefalopathie, het magnesiumdeficiëntiesyndroom, hypoglykemie, epilepsie, hypo-osmolaliteit en het foetaal alcoholsyndroom.

De ziekten die voorkomen bij drugverslaafden kunnen samenhangen met hun leefwijze, bijvoorbeeld ondervoeding, vitaminegebrek, tuberculose, geslachtsziekten, huidaandoeningen en longontsteking. Andere ziekten hangen veeleer samen met de gebruikswijze. Denken we maar aan longbeschadiging door het roken van cannabis, heroïne of cocaïne en aderontsteking, abcessen, hepatitis, aids, bloedvergiftiging, hartklepontsteking of luchtembolie als gevolg van het intraveneus toedienen van bepaalde middelen.
De werking van de producten zelf kan aanleiding geven tot overdosisverschijnselen. Amfetamines, cocaïne en XTC kunnen een hoge bloeddruk en hartritmestoornissen veroorzaken. Het gebruik van XTC kan bovendien leiden tot lever-, nier- en spierbeschadiging en tot levensgevaarlijke oververhitting van het lichaam.
Overmatig middelengebruik kan ook psychische schade veroorzaken (bijvoorbeeld depressie, suïcide,...)

Meer?
Deze brochure maakt deel uit van de reeks Drugs etc.: zie ook fact sheets, folders, didactische fiches en cd-rom.
Info: vad@vad.be of www.vad.be

3.2 Sociale en relationele problemen

Problematisch middelengebruik beïnvloedt in de eerste plaats het sociale leven van de gebruiker zelf (bijvoorbeeld echtscheiding, ontslag, sociaal isolement, ...). Daarnaast heeft problematisch middelengebruik ook een negatieve weerslag op de sociale omgeving van de gebruiker, zoals gezin of werksituatie. Op het gezinsniveau kan probleemgebruik leiden tot ontwrichte gezinnen of geweld in het gezin. Op het werk heeft problematisch middelengebruik een invloed op de prestaties, het werkverzuim en de werkverhoudingen. In veel geweldmisdrijven is middelengebruik eveneens een belangrijke factor.
Door te veel tijd te besteden aan kansspelen verwaarloost men vrienden, partner of familie. Voor de speler is gokken het allerbelangrijkst. Een groot deel van het leven is georganiseerd rond het spelen en de rest interesseert de gokker niet zoveel, met ruzies thuis tot gevolg, alsook een sterk verminderde aandacht voor sociale contacten. Veel spelers trachten het gokken voor de directe omgeving te verbergen. Vaak zullen ze liegen over de besteding van tijd en geld. Dit kan bij de speler leiden tot sociaal, maar ook psychisch isolement.
Veel spelen vergt in toenemende mate een tijdsinvestering van de gokker, waardoor er minder tijd is voor school of werk. Ook de gedachten van de speler worden meer en meer beheerst door het spelen, het bedenken van manieren om te winnen en om aan geld te komen. Dit uit zich in het niet nakomen of vergeten van afspraken, spijbelen, slecht werk afleveren,...

3.3 Financiële problemen

Alcohol en drugs zijn niet goedkoop. Regelmatig gebruik zal dan automatisch een redelijk budget opeisen. Sommige gebruikers gaan dan ook drugs dealen, om met de winsten in eigen behoefte te voorzien. Hierdoor geraakt men echter steeds meer in het drugmilieu verstrikt en vergroten de risico's op juridische problemen aanzienlijk. Anderen verzeilen in de prostitutie, diefstal en kleinere criminaliteit.
Gokken leidt vaak tot ernstige financiële problemen. Men gaat al snel geld lenen bij vrienden, thuis of bij financiële instellingen. Het grootste deel van het zakgeld of salaris wordt vergokt. Als alle wettelijke middelen zijn uitgeput, gaan gokkers soms over tot stelen of ze plegen fraude om verder te kunnen spelen.

3.4 Juridische problemen

Omwille van de illegaliteit van sommige middelen kunnen gebruikers in contact komen met justitie. Juridische problemen kunnen ook opduiken als gevolg van bijvoorbeeld rijden onder invloed, verwervingscriminaliteit, geweld en vandalisme.

3.5 Maatschappelijke problemen

Problematisch middelengebruik heeft ook negatieve gevolgen voor de maatschappij. Dan denken we in de eerste plaats aan de kostprijs ervan. De kosten voor de verslavingszorg en de algemene gezondheidszorg maken daar deel van uit. Op het werk ontstaan er kosten door productiviteitsverlies als gevolg van verzuim, ziekte, slechtere prestaties, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. De justitiële kosten van politie, rechtspraak en rechtshulp, gevangenis en de kosten van vernielingen zijn een derde maatschappelijke kostenpost. De schade die problematisch middelengebruik in het verkeer kan aanrichten is het meest zichtbaar.

Meer?

DE DONDER, E. & LAMBRECHTS, M. (2002). *Situering problematisch middelengebruik.* In: E. De Donder, I. De MAESENEIRE, M. GEIRNAERT, M. LAMBRECHTS, N. ROOSE, L. VAN BAELEN & G. VERSTUYF, *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening.* Kluwer: Mechelen.

VAN EPEN, J.H. (1997). *Drugverslaving en alcoholisme. Kennis en achtergronden voor hulpverleners.* Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/Diegem.

HOOFDSTUK 3 BELEID EN WETGEVING

1. BEVOEGDE INSTANTIES VOOR ALCOHOL, DRUGS EN GOKKEN

Sinds 1993 is België een federale staat, samengesteld uit gemeenschappen en gewesten. De bevoegdheid om beslissingen te nemen op het vlak van alcohol, drugs en gokken behoort niet exclusief toe aan de federale regering. Ook gemeenschappen en gewesten hebben een aantal bevoegdheden op dit terrein.

Alcohol, drugs en gokken hebben te maken met zeer veel facetten van het menselijk bestaan en het maatschappelijk systeem. Bovendien kan de problematiek vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. Vandaar dat de alcohol-, drug- en gokproblematiek zich niet laat vatten door één bevoegde minister. Om en bij 37 ministers zijn op de één of andere wijze betrokken partij.

We geven een overzicht van de belangrijkste bevoegde instanties inzake alcohol, drugs en gokken op federaal en op Vlaams niveau.

Federaal ministerie van Justitie
Enkele belangrijke bevoegdheden inzake de alchol- en drugproblematiek:
- hoofdzakelijk belast met wetgevende en repressieve aspecten;
- Kansspelcommissie (zie p.29, gokken): ressorteert onder het federaal ministerie van Justitie.

Federaal ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu
Enkele belangrijke bevoegdheden inzake de alcohol- en drugproblematiek:
- het wettelijk kader uitwerken voor ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en plaatsen van beschut wonen, waaronder ook de financiering van gespecialiseerde centra voor behandeling van druggebruikers vallen;
- centra met RIZIV-conventie: revalidatiecentra (tak sociale zekerheid)
- de gezondheid van de consument beschermen door toezicht op voedingswaren en geneesmiddelen via het federaal voedselagentschap en via de farmaceutische inspectie;
- het voorzitterschap van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, dewelke sinds juli 2001 actief is.

Federaal ministerie van Financiën
Enkele belangrijke bevoegdheden inzake de alchol- en drugproblematiek:
- de administratie der douane en accijnzen, die er bijvoorbeeld voor zorgt dat alcoholhoudende producten binnen de juiste taxatiecategorieën vallen; ze is verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregelen ter bescherming van de samenleving op het gebied van gezondheid, veiligheid en milieu en bindt in dit opzicht de strijd aan tegen de illegale drughandel.

Federaal ministerie van Binnenlandse Zaken
Enkele belangrijke bevoegdheden inzake de alcohol- en drugproblematiek:

- verantwoordelijk voor de ordehandhaving door de politiediensten;
- bevoegd voor de preventie van kleine criminaliteit en van openbare hinder verbonden aan het druggebruik, en dit in het kader van de luiken drugs van de Veiligheids- en Preventiecontracten en van de drugplannen; dit gebeurt door financiering van projecten via lokale overheden; het Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid (VSP) zorgt voor de coördinatie.

Vlaams ministerie van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking
Enkele belangrijke bevoegdheden inzake de alcohol- en drugproblematiek:

- preventieve gezondheidszorg: hieronder valt onder andere de financiering van de preventiewerkers alcohol en drugs, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG);
- financiering van de ambulante zorg (CGG);
- financiering van de welzijnssector.

Da afstemming tussen het federale niveau en het gemeenschapsniveau gebeurt zowel op formele als op informele wijze. Een formeel kanaal om de samenwerking en het overleg tussen de verschillende deelstaten te bevorderen, zijn de Interministeriële Conferenties. Dergelijke conferenties groeperen alle ministers van alle niveaus met een bevoegdheid voor een bepaald thema. Een dergelijke Interministeriële Conferentie werd sinds 1995 ook voor het drugbeleid georganiseerd.

In januari 2001 stelde de federale regering de beleidsnota in verband met de drugproblematiek (Federale Beleidsnota Drugs) voor. Via de media kwam vooral het hoofdstukje over de nieuwe regeling van cannabisgebruik in de belangstelling. Met deze beleidsnota wil de regering *'een antwoord bieden op de meest prangende problemen rond druggebruik en drugverslaving in onze samenleving'*. De nota omvat zowel illegale als legale drugs (alcohol, tabak, sommige geneesmiddelen,...). Een van de doelstellingen is te komen tot een *globaal drugbeleid* met een betere afstemming tussen de verschillende beleidsverantwoordelijken (in concreto de 37 bevoegde ministers). Daartoe werd geopteerd voor de oprichting van een permanente Algemene Cel Drugbeleid onder de eindverantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid. Binnen de Algemene Cel Drugbeleid zullen drie werkcellen worden geïnstalleerd: de Cel Gezondheidsbeleid Drugs (reeds operationeel sinds juli 2001), de Cel Internationale Samenwerking en de Cel Controle.

2. ALGEMENE REGELGEVING IN BELGIË

2.1 Alcohol

De wet van 28 december 1983 regelt en controleert in hoofdzaak het verstrekken van sterke dranken en het daarbij horende vergunningsrecht. Deze wetgeving stelt duidelijk dat het verboden is sterke dranken te schenken of zelfs gratis aan te bieden aan minderjarigen. Deze

wet definieert ook het begrip sterke drank. In 1996 wijzigde deze definitie drastisch. Met sterke dranken worden sinds 1996 alle gedistilleerde dranken bedoeld (al dan niet in gemengde vorm) vanaf 1,2% vol en alle andere dan gedistilleerde producten met een effectief alcoholvolume van meer dan 22% (voorheen was er enkel sprake van producten boven de 22% vol).

De wet op de beteugeling van de dronkenschap van 14 november 1939 verbiedt en bestraft het volgende:

- zich op een openbare plaats in staat van dronkenschap bevinden;
- schenken van alcoholische dranken aan wie jonger is dan zestien (dit geldt enkel voor herbergiers);
- het doen drinken van een persoon die kennelijk dronken is.

Het alcoholverbruik in het wegverkeer wordt eveneens gereglementeerd. Sinds december 1994 is een alcoholgehalte van 0,5 promille in het bloed strafbaar.

2.2 Illegale drugs

2.2.1 Minderjarigen

Er wordt altijd proces-verbaal opgemaakt: voor álle illegale drugs, dus ook voor cannabis.

De POLITIE verwittigt de ouders, maakt altijd proces-verbaal op en bezorgt dit aan het parket. Het PARKET beslist tot seponering[1], strafbemiddeling[2] of doorverwijzing[3] naar de jeugdrechter.

1 Seponering
De zaak wordt zonder gevolg geklasseerd omdat de feiten onbelangrijk of onvoldoende aanwijsbaar zijn. Deze beoordeling kan van arrondissement tot arrondissement verschillen.

2 Strafbemiddeling
De straf wordt buitengerechtelijk afgehandeld, geconcretiseerd in vorming, therapeutische begeleiding of gemeenschapsdienst.

3 Doorverwijzing naar de jeugdrechter
De minderjarige ontvangt een dagvaarding om samen met de ouders voor de jeugdrechter te verschijnen.

De JEUGDRECHTER geeft een berisping[4] of beslist tot ondertoezichtstelling[5] of plaatsing[6].

4 Berisping
De minderjarige krijgt een opmerking en ouders worden aangemaand tot beter toezicht op de jongere.

5 Ondertoezichtstelling
De sociale dienst van de jeugdrechtbank ziet toe op de naleving van gestelde voorwaarden, namelijk vorming, therapeutische begeleiding of gemeenschapsdienst.

6 Plaatsing
De jongere wordt opgenomen in een instelling voor bijzondere jeugdzorg of een gemeenschapsinstelling (dit is een gesloten instelling). De minderjarige blijft tot zijn/haar achttiende onder toezicht van de sociale dienst van de jeugdrechtbank, ook na het beëindigen van de plaatsing.

Maatregelen genomen tegen minderjarigen worden in het strafregister van de betrokkenen gebracht, maar ze worden nooit vermeld in het bewijs van goed gedrag en zeden en ook niet in het gemeentelijk register.

2.2.2 Meerderjarigen

Sinds 2 juni 2003 maakt de wet op verdovende middelen een onderscheid tussen cannabis en andere illegale drugs. Dit betekent dat *cannabis* nog altijd verboden is. Er moet echter geen proces-verbaal meer worden opgesteld voor cannabisbezit voor persoonlijk gebruik[1] *als*

- er geen indicatie is van problematisch gebruik[2];
- er geen sprake is van openbare overlast[3];
- er geen sprake is van verzwarende omstandigheden[4];
- er geen sprake is van specifieke uitzonderingen[5].

Er is dan wél altijd een *politionele registratie*. Dit wil zeggen dat de POLITIE plaats, datum en uur van de feiten, aard van het gebruik en omschrijving van de middelen registreert. Zo wordt de overtreder nog eens herinnerd aan de norm: cannabis is verboden. Maandelijks ontvangt het parket een overzicht van alle registraties. Dit is een samenvattend proces-verbaal.

1 ***Cannabisbezit voor persoonlijk gebruik***
Hieronder verstaat men cannabisteelt met maximum één vrouwelijke plant of de hoeveelheid cannabis die in één enkele keer of uiterlijk binnen de 24 uur gebruikt kan worden, met een maximum van 3 gram. Het bezit van cannabis in een andere vorm (olie, snoep,...) wordt niet beschouwd als bezit voor persoonlijk gebruik, ongeacht de hoeveelheid.

2 ***Indicatie van problematisch gebruik***
Er zijn aanwijzingen dat het gedrag van de persoon een gevaar betekent voor de gebruiker zelf en/of diens omgeving. Dit wordt vastgesteld door de politie via een gestandaardiseerde testbatterij, zoals beschreven in de wet op het wegverkeer.

3 ***Openbare overlast***
De openbare orde wordt verstoord, zoals beschreven in de nieuwe gemeentewet. Dit betekent onder andere cannabisbezit in de gevangenis, in gebouwen of in de omgeving van sociale diensten, op school en daar waar minderjarigen komen voor sportieve, sociale of schoolse doeleinden.

4 ***Verzwarende omstandigheden***
- *Er zijn misdrijven gepleegd ten aanzien van minderjarigen, waaronder: cannabisgebruik of -verhandeling in aanwezigheid van minderjarigen, of minderjarigen aanzetten tot cannabisbezit of -gebruik.*
- *De dader is lid van een vereniging die drugs levert.*
- *De dader veroorzaakt door cannabisgebruik bij anderen een ongeneeslijke ziekte, blijvende arbeidsongeschiktheid, verlies van een orgaan, zware verminking of de dood.*

5 ***Specifieke uitzonderingen***
Er is een misdrijf met meerdere vrouwelijke cannabisplanten. De overtreding wordt vastgesteld in een ander arrondissement dan de woonplaats van de dader. De dader heeft geen verblijfplaats in België.

Is er wél een indicatie van problematisch gebruik of is er wél sprake van openbare overlast, verzwarende omstandigheden of specifieke uitzonderingen, dan wordt er voor cannabisbezit voor persoonlijk gebruik altijd een proces-verbaal opgemaakt:

De POLITIE maakt proces-verbaal op en bezorgt dit aan het parket.
Het PARKET beslist tot seponering[1], minnelijke schikking[2], praetoriaanse probatie[3] of doorverwijzing[4] naar de correctionele rechtbank.

*1 **Seponering***
De zaak wordt zonder gevolg geklasseerd. De overtreder krijgt een waarschuwing van de politie en wordt eventueel doorverwezen naar de gespecialiseerde hulpverlening.

*2 **Minnelijke schikking***
De zaak wordt afgehandeld in de vorm van een geldboete.

*3 **Praetoriaanse probatie***
Onder bepaalde voorwaarden (naleving van bepaalde afspraken) vindt er geen verdere vervolging plaats.

*4 **Doorverwijzing naar de correctionele rechtbank***
Het parket maakt de zaak over aan de correctionele rechtbank.

De CORRECTIONELE RECHTBANK beslist tot geldboete en/of gevangenisstraf.

Voor *andere illegale drugs dan cannabis* wordt er altijd een proces-verbaal opgemaakt: het parket wordt ingeschakeld, en er is eventueel ook een doorverwijzing naar de correctionele rechtbank. Daar geldt het strafrecht zoals beschreven in de wet van 24 februari 1921, mét een verzwaring: geldboete én gevangenisstraf in plaats van geldboete óf gevangenisstraf.

Noot *De wet van 2 juni 2003 beklemtoont, zowel voor cannabis als andere illegale drugs, het belang van hulpverlening (versus bestraffing). In elk gerechtelijk arrondissement zal een case manager justitie aangesteld worden, die een lijst van therapeutisch adviseurs samenstelt en die op vraag van het parket of de onderzoeksrechter personen voor therapeutisch advies doorverwijst. De therapeutisch adviseur stelt vast of een behandeling nodig is, en zo ja, van welke aard die kan zijn.*

2.2.3. Verkeerswetgeving

In de *verkeerswetgeving* is het nemen van een urine- en bloedstaal sinds april 1999 wettelijk geregeld. In 2000 zijn ook de uitvoeringsbesluiten in werking getreden. De politie voert daarom controles uit op het rijden onder invloed van illegale drugs. Bij zo'n controle gaat men in de eerste plaats af op uiterlijke tekenen van mogelijk druggebruik. Als de politie op basis daarvan vermoedt dat iemand onder invloed is, wordt ter plaatse een urinetest afgenomen. Als deze test positief is (dus aantoont dat je gebruikt hebt), wordt een dokter opgeroepen om bloed af te nemen. Dat wordt dan in een labo onderzocht. Bij een positieve urinetest of een weigering van de urinetest zonder wettige reden loop je een rijverbod op van 12 uur.

2.3 Psychoactieve medicatie

Het Koninklijk Besluit (KB) van 9 juli 1984 regelt de reclame op geneesmiddelen en voorziet dat elke farmaceutische firma een verantwoordelijke voor reclame moet hebben die ter verantwoording kan geroepen worden door de overheid.
In het KB van 3 juni 1984 en 27 juni 1986 werd bepaald dat de bijsluiter die zich in de verpakking van een geneesmiddel bevindt, moet worden opgesteld in een begrijpelijke taal voor het publiek.
Het KB van 25 juni 1987 regelt de verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen waarbij deze sinds 1 januari 1988 enkel met een doktersvoorschrift te verkrijgen zijn.

Tot 1991 was reclame voor geneesmiddelen verboden op televisie. In het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 12 juni 1991 tot regeling van reclame en sponsoring op radio en televisie werd een reclameverbod ingesteld op geneesmiddelen en medische handelingen die enkel op doktersvoorschrift verkrijgbaar waren.

2.4 Tabak

De Belgische wetgeving omtrent tabak is uitgebreid en heeft betrekking op verschillende aspecten van tabaksgebruik: reclame, etikettering, teer- en nicotinegehalte, roken in openbare plaatsen en roken op het werk.
De reclame voor tabakswaren is in België meest recent gereglementeerd via de wet van 10 december 1997. Deze wet verbiedt directe en indirecte reclame en sponsoring voor tabaksproducten, mits enkele kleine uitzonderingen. Een arrest van het Arbitragehof in 1999 schrapt de bepalingen met betrekking tot indirecte reclame. In juli 2003 wordt het verbod verder afgezwakt en wordt een uitzondering goedgekeurd voor reclame tijdens evenementen en activiteiten op wereldniveau.
Het KB van 15 mei 1990 en de aanvullingen van 2 januari en 1 februari 1991 verbieden het roken in openbare plaatsen. Roken is verboden in gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek en deel uitmaken van 8 types van gebouwen. Voor de horecasector gelden uitzonderingen.
Roken op het werk wordt geregeld door het KB van 31 maart 1993 ter aanvulling van het ARAB artikel 148, decies 2.2.
Het KB van 29 mei 2003 breidt de verplichting om gezondheidswaarschuwingen aan te brengen uit: naast de algemene waarschuwing 'Roken is dodelijk' of 'Roken brengt u en de anderen rondom u ernstige schade toe' wordt een bijkomende waarschuwing verplicht, waarbij gekozen kan worden uit 14 boodschappen. De waarschuwingen moeten 35 tot 50% van de oppervlakte van de voor- of achterkant van de verpakkingen beslaan en duidelijk zichtbaar en leesbaar worden aangebracht. Deze verplichting is sinds 30 september 2003 van kracht. Het KB bepaalt verder dat pakjes sigaretten minstens 19 sigaretten moeten bevatten. Het teer- en nicotinegehalte is gereglementeerd door het KB van 13 januari 1990 dat het teergehalte beperkt tot 12 mg en het nicotinegehalte tot 1,2 mg vanaf januari 1998. Het KB van 29 mei 2003 zal teer, nicotine en koolmonoxide verder beperken en het gebruik van vermeldingen zoals 'light' en 'mild' verbieden. Deze verplichtingen treden in werking op uiterlijk 1 januari 2005.
En, vaak vergeten maar belangrijk: het KB van 15 september 1976 verbiedt het roken voor personeel en reizigers in het openbaar vervoer: tram, pre-metro, metro, autobus en autocar. In de treinen van de NMBS is roken sinds 1 januari 2004 volledig verboden (voordien was het enkel toegelaten in de daarvoor bestemde rokerscompartimenten).

2.5 Gokken

De wet van 7 mei 1999 (verschenen in het Belgische Staatsblad op 20 december 1999) op de kansspelen, de kansspelinrichtingen en de bescherming van de spelers regelt een belangrijke

hervorming van kansspeluitbating, controle en advies. De praktische uitvoering van deze wet staat beschreven in een aantal KB's. Met deze wet wordt duidelijk benoemd wat kansspelen zijn. 'Kansspelen' worden omschreven als een spel of een weddenschap waarbij er winst- of verlieskansen zijn voor zowel spelers als inrichters en waarbij het toeval een bepalende factor is. Deze wet voorziet ook dat het ministerie van Justitie een *Kansspelcommissie* installeert die een advies-, beslissings-, en controleorgaan voor de kansspelen is. Het is de Kansspelcommissie die bepaalt wie welke vergunning krijgt voor het uitbaten van kansspelen.

Als belangrijkste maatregelen ter *bescherming van spelers en gokkers* werden volgende regels opgenomen in de wet:

- De toegang tot bepaalde kansspelinrichtingen is verboden voor personen onder de 21 jaar.
- De kansspelen mogen enkel functioneren met contant betaalde speelpenningen of met muntstukken.
- In bepaalde kansspelinrichtingen moeten informatieve folders met het nummer van de hulplijn beschikbaar zijn.

De overheid organiseert ook zelf kansspelen via de 'Nationale Loterij'. Voor elk nieuw product dat de Nationale Loterij lanceert, verschijnt een KB in het Staatsblad. In elk van deze KB's wordt vermeld dat het voor minderjarigen (-18) verboden is om met de kansspelen van de Nationale Loterij te spelen. Uitbaters van verkooppunten van producten van de Nationale Loterij hebben een vergunning van de bevoegde minister nodig (ministerie van Overheidsbedrijven).

Meer?

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VAN JUSTITIE **www.just.fgov.be**
www.vad.be

DRUGS etc.

ACHTERGRONDINFORMATIE

deel 2

PREVENTIE, VROEGINTERVENTIE, HULPVERLENING EN HARM REDUCTION

HOOFDSTUK 1 PREVENTIE

1. DEFINITIE

Mensen die alcohol en andere drugs gebruiken doen dit meestal uit positieve overwegingen. De eigen gezondheid en veiligheid en die van anderen komen meestal niet in gevaar. Om dat zo te houden, is preventie belangrijk.

Preventie wil vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief individu én samenleving deskundiger maken in het omgaan met middelen en middelengebruik, waarbij, afhankelijk van het product, de omstandigheden, de leeftijd en andere kenmerken van de gebruiker de doelstellingen gedifferentieerd worden van aanmoedigen van niet-gebruik, uitstellen van experimenteergedrag, verantwoord gebruiken tot vroegtijdig ingrijpen en schade beperken. Omgaan met middelengebruik houdt ook in dat de thematiek bespreekbaar is en dat mensen genuanceerd leren denken over alcohol, drugs en druggebruik en op een deskundige manier met dit gebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan (proactief en reactief).

Alcohol- en drugpreventie is geen geïsoleerd gebeuren. Het situeert zich op een continuüm tussen gezondheidspromotie & welzijnsbevordering enerzijds en zorg- & hulpverlening anderzijds. Dit betekent dat alcohol- en drugpreventie moet kunnen verderbouwen op een algemene basis van gezondheidspromotie, binnen een welzijnsbevorderende omgeving. Bijvoorbeeld: het is niet noodzakelijk om van in de basisschool te starten met drugpreventie. In de basisschool is een algemenere aanpak van gezondheidspromotie nodig, waar attitudevorming wordt beoogd en vaardigheden worden aangeleerd, waarop in een latere fase met meer drugspecifieke informatie en vaardigheden kan worden ingespeeld. Als er al leerlingen in de basisschool bezig zijn met het experimenteren met illegale drugs, dan is hiervoor een individuele begeleiding nodig.
Aan de andere kant van het continuüm heeft preventie heel wat raakpunten met zorg- en hulpverlening. Vroegdetectie en vroegtijdige interventie bij beginnend (probleem)gebruik is een terrein dat in voortdurende samenspraak moet worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld: jongeren met problemen als gevolg van druggebruik hoeven niet steeds onmiddellijk verwezen te worden naar de gespecialiseerde drughulpverlening. Op dit niveau is een belangrijke taak weggelegd voor huisartsen, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Jongeren Adviescentra (JAC),... waar een goede analyse moet worden gemaakt van de ernst van het probleem en waar desgevallend kan worden doorverwezen naar een meer gespecialiseerde behandeling.

2. WERKINGSPRINCIPES VAN PREVENTIE

Om preventieinitiatieven zo effectief mogelijk te organiseren, houden we rekening met de volgende vijf werkingsprincipes:

2.1 Persoons-, omgevings- en middelengericht werken

Uit het MMM-schema (p.18) kunnen we afleiden dat we ons bij preventie niet enkel moeten focussen op de middelen zelf, maar ook op de omgevingsfactoren en de persoon. Bij het omgevingsgericht werken, zorgen we voor een ondersteunende omgeving die de draaglast verlaagt. Het gaat om veranderingen op organisatorisch en structureel vlak. Voorbeelden zijn: kansarmoedebestrijding, het verbeteren van het vrijetijdsaanbod voor jongeren, het zorgen voor een laagdrempelig en gediversifieerd aanbod van hulpverlening,... Onder persoonsgericht werken verstaan we het versterken van de draagkracht van individuen en groepen, zodat ze minder risico lopen op problematisch middelengebruik en gokken. Een voorbeeld hiervan is: mensen sociale vaardigheden aanleren om te leren weerstaan aan groepsdruk.

2.2 Intersectoraal werken

Preventie is niet louter een opdracht van één sector, maar wordt bij voorkeur in alle maatschappelijke sectoren uitgebouwd. Overleg en samenwerking tussen de sectoren zijn aangewezen.

2.3 Planmatige aanpak (op lange termijn werken/continuïteit)

De problematiek van middelengebruik en gokken is complex; verschillende factoren bepalen (problematisch) gebruik. Een duurzame gedragsverandering en een ondersteunende omgeving kunnen slechts op lange termijn worden gerealiseerd.

2.4 Participatief werken

Diegenen die een preventieve aanpak pas echt efficiënt maken, zijn niet de experts in de alcohol- en drugproblematiek maar wel die mensen die het dichtst bij de verschillende doelgroepen werken (de zogenaamde intermediairen), zoals ouders, leerkrachten, leeftijdsgenoten, bedrijfsmedewerkers, jeugdwerkers, buurt- en opbouwwerkers,... Zij kunnen inspelen op reële situaties en gebeurtenissen. Zij kennen hun doelgroep en weten het best op welke manier de zaken kunnen worden aangepakt. Zij kunnen ervoor garant staan dat preventie niet beperkt blijft tot eenmalige initiatieven. Ook de doelgroep zélf dient actief te worden betrokken bij het uitwerken van preventieinitiatieven. Door participatief te werken maakt iedereen bewust deel uit van het proces, wat de aanvaardbaarheid van acties beduidend verhoogt.

2.5 Emancipatorisch werken

Emancipatie is gericht op het verhogen van de draagkracht van het individu en het verhoogt op die manier het zelfwaardegevoel van mensen en groepen. Op lange termijn vermindert hierdoor de vraag naar ondersteuning door experten.

3. PREVENTIESTRATEGIEËN

Voor de beschrijving van preventiestrategieën voor problematisch middelengebruik hebben we gekozen voor een indeling van de bestaande modellen in drie categorieën, name-

lijk middelengerichte, persoonsgerichte en omgevingsgerichte preventiestrategieën. Deze indeling is gebaseerd op het model van de drie M's (mens, middel, milieu, zie p.18). Een integratie van verschillende preventiestrategieën, met aandacht voor hun complementariteit, biedt de grootste garantie qua effectiviteit.

3.1 Middelengerichte preventiestrategieën

De middelengerichte preventiestrategieën zijn de oudste en meest gekende. Internationaal staan twee modellen lijnrecht tegenover elkaar, met name het proscriptieve model (of beheersingsmodel) en het aanvaardingsmodel.

3.1.1 Proscriptief model

Het proscriptieve model focust op de totale onthouding van druggebruik, en bijgevolg ook op een verbod op de productie en distributie van drugs. Een repressief beleid met een duidelijke wetgeving is hierbij cruciaal. Dit concretiseert zich onder andere in de vernietiging van plantages, de inbeslagname van drugs en goederen, de actieve opsporing van producenten, dealers en consumenten,... en ten slotte ook in zware straffen. Als voorbeelden van dit beleid gelden de 'drooglegging van Amerika (1917-1933)', de 'war on drugs' in Amerika, het verbod op alcoholgebruik in de moslimlanden en het internationale illegaledrugbeleid. Wordt deze aanpak niet gedragen door de samenleving, dan stijgt de kans op allerlei uitwassen zoals een bloeiende zwarte markt en drugcriminaliteit (het drugaanbod is immers beperkt en duur) alsook marginalisering en criminalisering van de gebruiker (met overvolle gevangenissen tot gevolg). Het beleid in de moslimlanden vormt hierop een uitzondering omdat daar een grote consensus bestaat over het niet-gebruik van alcohol. Verder heeft dit proscriptieve model ook gevolgen voor de invulling van preventie en hulpverlening, waar de klemtoon ligt op *'just say no*-boodschappen' en drugvrije behandelingen. Ten slotte worden ook nog de volgende bedenkingen geformuleerd: een hoge maatschappelijke kostprijs, het accent op het middel en niet op mens en milieu, enkel aandacht voor de negatieve eigenschappen van middelen, een onrealistische doelstelling (namelijk een drugvrije samenleving),... en geen enkel wetenschappelijk bewijs van effectiviteit.

3.1.2 Aanvaardingsmodel

Volgens het aanvaardingsmodel is druggebruik inherent aan onze samenleving. Streefdoel is bijgevolg om eventuele schade zoveel mogelijk te beperken, en dit door een vermindering van de totale consumptie en door ondersteuning van veilig gebruik. Legale en illegale drugs vragen hierbij om een andere aanpak. Het aanvaardingsmodel concretiseert zich in controle (op productie, invoer, distributie en consumptie), in een prijs- en belastingsbeleid, een verbod op reclame,... alsook in harm-reductioninitiatieven. Als voorbeelden voor dit beleid gelden het tabak-, alcohol- en medicatiebeleid in België, het cannabisgedoogbeleid in Nederland en harm-reductioninitiatieven als spuitenruil en methadonverstrekking. Bij dit model worden onder meer de volgende bedenkingen geformuleerd: het succes van dit model veronderstelt een brede maatschappelijke steun; de noodzaak van aanvullende pre-

ventiestrategieën (sensibilisering over de gevolgen van problematisch middelengebruik); de ontstaansfactoren van middelenmisbruik worden onvoldoende in rekening gebracht en de wetenschappelijke basis voor dit model is zwak.

3.2 Persoonsgerichte preventiestrategieën

De categorie van de persoonsgerichte preventiestrategieën bevat het grootste aantal modellen. Het gaat hier meestal om preventiestrategieën die worden gebruikt in vormingssituaties of in andere omstandigheden waarin persoonlijk contact en tweerichtingscommunicatie mogelijk zijn. Met de persoonsgerichte preventiestrategieën worden vaak zeer verschillende doelgroepen en doelstellingen beoogd.

We maken hier een opsplitsing tussen strategieën die op algemene doelgroepen gericht zijn en strategieën die zeer concrete doelgroepen voor ogen hebben.

3.2.1 Persoonsgericht naar algemene doelgroepen

Op basis van de doelstellingen kunnen we drie grote groepen onderscheiden: strategieën die tot doel hebben (1) te sensibiliseren, (2) te informeren en (3) vaardigheden aan te leren. Binnen elke groep zijn er nog verschillende varianten mogelijk, afhankelijk van de finaliteit (bijvoorbeeld afschrikking of empowerment).

(1) Sensibiliseren

Sensibiliseren betekent aandacht vragen. Aandacht is de eerste voorwaarde om preventief te kunnen handelen. Het sensibiliseren van de bevolking of van specifieke groepen voor middelenproblematiek en gokken is een instrument om de noodzakelijke maatschappelijke ondersteuning te krijgen voor bepaalde beleidsmaatregelen of om individuele aandacht te vragen voor de problematiek, als eerste stap in een proces van gedragsverandering en -behoud. Campagnes behoren tot de meest geliefde instrumenten om algemene doelgroepen te sensibiliseren. Ze worden meestal via de media gevoerd en zijn als strategie zo populair omdat ze toelaten door een eenvoudige interventie een grote doelgroep te bereiken. Campagnes kennen al een lange traditie. Waar vroeger meestal gebruik gemaakt werd van morele overtuigingstechnieken, zijn de huidige campagnes eerder positief georiënteerd, waarbij de moraliserende toon plaats maakt voor ludieke of informatieve boodschappen. Vaak wordt er met (bekende) rolmodellen gewerkt (bijvoorbeeld de Bob-campagne). Onderzoek naar de effecten van massamediale campagnes is schaars. Toch blijkt dat campagnes weinig invloed hebben op de ganse leefstijl. Bij herhaling van campagnes kan evenwel een mentaliteitswijziging ontstaan, die kan leiden tot eenvoudige gedragsveranderingen (geen volledige verandering in leefstijl) en een maatschappelijke aanvaarding van het voorgestelde gedrag. Campagnes zijn het meest effectief in het vragen van aandacht. Ze leiden tot een groter bewustzijn van de problematiek.

(2) Informeren

De *waarschuwende informatieve benadering* wil individuele gedragsverandering bekomen op basis van waarschuwende en afschrikwekkende informatie. Dramatische films over verslavingsproblemen, afschuwelijke foto's van junkies of van slachtoffers van ongevallen onder invloed, getuigenissen van ex-verslaafden of van ouders van drugdoden zijn voorbeelden van deze benadering. In de praktijk gaat het meestal om een eenmalige activiteit, waarbij beperkte informatie wordt gegeven en vooral op de angstgevoelens van het publiek wordt gewerkt, met de bedoeling af te schrikken en op die manier het gewenste gedrag te bekomen.

De effectiviteit van een dergelijke aanpak wordt fel betwist. Een moraliserende boodschap waarbij uitsluitend wordt benadrukt wat niet mag, wekt alleen maar irritatie bij de doelgroep. Daarom sluiten ze zich voor de boodschap af.
Gedragswetenschappers hebben aangetoond dat angst geen blijvende invloed heeft en zeker niet van invloed is op personen die een bepaald risicogedrag vertonen. Zij gaan juist de waarschuwing verwerpen ('het overkomt mij niet') of ze minimaliseren ('mijn opa rookte en hij werd 92 jaar'). Soms hebben afschrikwekkende boodschappen ook een effect op de verkeerde doelgroep. Zo zijn ouders vaak sterker onder de indruk (in paniek) dan de jongeren, wat de communicatie bemoeilijkt. Ex-gebruikers brengen vaak een negatief verhaal en veralgemenen hun persoonlijke ervaringen tot zogenaamde bewezen feiten.
Afschrikwekkende en moraliserende informatie staan ver van de belevingswereld van beginnende druggebruikers, die gebruik als positief ervaren en een louter negatieve boodschap als ongeloofwaardig naast zich neerleggen. Wanneer in voorlichting alleen op de negatieve gevolgen wordt gewezen, gaat men voorbij aan het feit dat dit gedrag positieve kanten heeft.

De objectieve informatieve benadering is gebaseerd op de veronderstelling dat uitgebreide informatie over alcohol en drugs en de gevolgen van middelengebruik leiden tot een negatie ve houding, wat dan weer leidt tot gedragsverandering of gedragsbehoud. Het gaat hier om een zeer rationele benadering waarbij wordt uitgegaan van de idee dat individuele gedragsfactoren de gezondheid bepalen en dat elk individu volkomen vrij is in zijn keuze voor gezond of ongezond gedrag.
Een duidelijk verschil met de waarschuwende benadering is dat de opvoeder de doelgroep niet probeert te overtuigen met emotioneel geladen argumenten, maar een beroep doet op feitelijke informatie.
Een beperking van deze benadering is dat men vooral focust op productinformatie (de rest is veel moeilijker te objectiveren) en bijgevolg weinig aandacht besteedt aan de complexe samenhang tussen ontstaansfactoren van problematisch middelengebruik. Evaluaties van de objectieve informatieve benadering tonen aan dat er effectief een kennisvermeerdering tot stand komt. De meerderheid van de evaluatiestudies brengt echter tegelijkertijd aan het licht dat deze kennisvermeerdering weinig of geen effect heeft op het middelengebruik.

(3) Aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden

In het *affectieve model* staat het individu centraal. De aandacht gaat naar attitudes, waarden en opinies over middelengebruik en gokken. In deze benadering wordt informatie zo waardevrij mogelijk doorgegeven (bijvoorbeeld alle voor- en nadelen van druggebruik) en helpt men de doelgroep de eigen visie en waarden te verduidelijken. Er ligt een sterke nadruk op het stimuleren van een positief zelfbeeld en op het vergroten van de zelfwaardering. Evaluatiestudies tonen weinig overtuigende resultaten van deze aanpak.

In het *sociale vaardigheidsmodel* wordt aandacht besteed aan de concrete situaties waarin mensen met middelengebruik en gokken in contact komen. Men legt zich toe op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om keuzes in verband met drugs ook daadwerkelijk te realiseren in reële situaties waarin drugs worden aangeboden. Men leert zoveel mogelijk te anticiperen op situaties waarin drugs voorkomen. De nadruk ligt op het aanleren van een aantal concrete vaardigheden die een gedragsintentie in de realiteit moeten helpen waarmaken. Het bewustworden van de invloed van de sociale omgeving op middelengebruik en gokken, en de specifieke vaardigheden om hieraan weerstand te bieden (onder andere leren neen zeggen, assertiviteit) worden ingeoefend. Evaluaties wijzen op een kennisvermeerdering en een verbetering van de vaardigheid om beslissingen te nemen.

Het *resilience*-model vertrekt van een positieve invalshoek en niet van de probleemzijde. Er wordt gewerkt met beschermende factoren (bijvoorbeeld sterke verbondenheid met ouders of school) in plaats van met risicofactoren. De focus ligt op de ontwikkeling van interesses en het ondersteunen van de mogelijkheden die een positieve invloed hebben op het welbevinden van mensen. Goede sociale netwerken en het zich onvoorwaardelijk geaccepteerd weten (verbondenheid met omgeving), zingeving, sociale vaardigheden en interne 'locus of control', eigenwaarde en humor zijn onmisbare componenten van dit model. Toegepast op alcohol- en drugpreventie betekent dit het geven van eerlijke, accurate en volledige informatie over drugs. De verbondenheid staat garant voor een eerlijke communicatie over de affectieve noden van jongeren, maar ook over hun angsten, hun nieuwsgierigheid naar drugs,... De eerste evaluaties van deze aanpak zijn veelbelovend.

3.2.2 Persoonsgericht naar specifieke doelgroepen

Algemene preventieprogramma's geven vaak tegenstrijdige resultaten: wat bij de ene doelgroep werkt, werkt minder bij de andere. Daarom wordt steeds meer gekozen voor het aanpassen van algemene preventieprogramma's naar programma's op maat van de doelgroep. Dit betekent rekening houden met wat de doelgroep weet, welke ervaringen ze heeft, over welke vaardigheden ze beschikt, welke noden en vragen er leven.
Daarnaast zijn ook programma's ontwikkeld voor specifieke doelgroepen. Voorbeelden hiervan zijn: kinderen van ouders met alcoholproblemen, opvoedingsondersteuning voor druggebruikende ouders met jonge kinderen, werken met maatschappelijk kwetsbare jongeren, gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers, genderspecifieke preventieaanpak,...

3.3 Omgevingsgerichte preventiestrategieën

De omgevingsgerichte preventiestrategieën focussen op structurele omgevingsfactoren die de gezonde keuze tot de gemakkelijkste maken. Omgevingsgerichte preventiestrategieën komen zelden in een zuivere vorm voor en zijn meestal gecombineerd met persoonsgerichte strategieën, zoals die hiervoor zijn beschreven.

3.3.1 Het sociaal-ecologisch model

In dit model gaat men ervan uit dat de omgeving enerzijds het individuele gedrag bepaalt en beperkt, terwijl anderzijds een veranderende omgeving tot gedragsveranderingen bij de participanten kan leiden. In dit kader gaat het dus zowel om individuele gedragsveranderingen als om sociale veranderingen.

Alle aspecten die een invloed uitoefenen op het ontstaan van een alcohol- en drugprobleem worden in kaart gebracht en geanalyseerd. Het gaat om middelen- of gokspecifieke (bijvoorbeeld het aanbod, de wetgeving), persoonsspecifieke (bijvoorbeeld persoonlijkheidskenmerken) en omgevingsspecifieke factoren (bijvoorbeeld echtscheiding, stress, sociale ongelijkheid, racisme, discriminatie).

Voor de toepassing van dit model is dus heel wat samenwerking vereist. Idealiter worden in deze aanpak grote groepen van de bevolking gemobiliseerd. Door hun actieve participatie zullen de sociale veranderingen beter aanvaard worden en beter afgestemd zijn op de reële noden. Deze aanpak is zeer tijdsintensief en kan slechts op middellange termijn worden gerealiseerd.

3.3.2 Het empowermentmodel

Het empowermentmodel vertrekt vanuit de positieve invalshoek van groei en ontwikkeling en erkent het recht van individuen en gemeenschappen om eigen noden te identificeren, eigen keuzes te maken en zelf actie te ondernemen om deze te realiseren.

Centraal in het empowermentconcept is de notie controle. Het gaat om een proces waarin mensen en organisaties controle of 'meesterschap' krijgen over hun leven.

Op individueel niveau verhoogt deze aanpak de zelfwaarde van de betrokkenen, het gevoel van efficiëntie, de motivatie en het kritisch bewustzijn. Op groepsniveau vergroot de groepscohesie en op gemeenschapsniveau worden grotere groepen van mensen gemobiliseerd om bij te dragen aan sociale verandering,...

3.4 Mix van preventiestrategieën

Bij elk van de hierboven beschreven preventiestrategieën is een aantal kritieken te formuleren. Algemeen kan gesteld worden dat geen enkel model onvoorwaardelijk goede resultaten zal opleveren. De vraag welke preventiestrategie of welke combinatie van strategieën effectief is, kan pas worden beantwoord na een grondige analyse van de beginsituatie.

3.4.1 Het uitwerken van een preventief alcohol- en drugbeleid (inclusief gokken)

Op het vlak van preventie zijn de verschillende maatschappelijke sectoren de meest aangewe-

zen kanalen waarlangs de verschillende doelgroepen kunnen worden aangesproken. Met 'maatschappelijke sectoren' bedoelen we onderwijs, bedrijven, jeugdwerk, sociaal-cultureel werk, uitgaansleven, sportsector, gezondheidssector, welzijnssector, politie, justitie en de gemeente (lokaal beleid). Sleutelfiguren uit de maatschappelijke sectoren kunnen zowel inspelen op de ontstaansfactoren van problematisch middelengebruik als op reële situaties die zich voordoen. Zo kunnen ze vroegtijdig problemen onderkennen en aanpakken (cf. p.33, participatief werken). Dat jongeren en volwassenen op verschillende levensdomeinen over alcohol en andere drugs aangesproken worden, vergroot ook de impact van preventie (herhalingseffect).

Een beleid is een samenhangend geheel van maatregelen. Een preventiebeleid steunt op drie pijlers die niet los staan van elkaar, maar op elkaar moeten worden afgestemd. De elementen zijn telkens dezelfde hoewel de benaming in de sectoren wel eens kan verschillen. In de mate waarin de verschillende pijlers evenredig aan bod komen zal het succes van het beleid toenemen.

Een plan of reglementering

In een plan staan alle regels en afspraken over alcohol- en druggebruik en gokken. De wetgeving vormt hier de basis. Het moet ook duidelijk zijn wat de gevolgen zijn wanneer de grenzen worden overschreden en hoe men hierop zal reageren. Het voordeel van een duidelijk uitgesproken plan is dat de regels en afspraken door iedereen gekend zijn en dat je bij problemen onmiddellijk op een eenduidige manier kan reageren.

Voorlichting, vorming en structurele omkadering

Grondige informatie over alcohol, drugs en gokken is uiteraard belangrijk. Kennis is een eerste stap, maar mensen laten hun gedrag slechts in geringe mate sturen door wat ze weten. Daarom is het ook belangrijk om persoonlijke en sociale vaardigheden aan te leren die mensen kunnen wapenen tegen problematisch middelengebruik. Concreet gaat het over het leren omgaan met negatieve gevoelens en conflicten, het leren weerstaan aan groepsdruk,... Deze persoonsgerichte preventie moet worden aangevuld met de uitbouw van een ondersteunende omgeving. Hieronder vallen eerder structurele maatregelen zoals het zorgen voor een positief leefklimaat, open communicatie, een aangename leefomgeving,...

Interventie of aanpak

Bij overtreding van de regels uit het plan moeten naast sancties ook begeleidende maatregelen worden voorzien. Hier worden de eerste aanzetten gegeven tot het vroegtijdig aanpakken van problemen (cf. p.45, vroeginterventie). Niet alleen het alcohol- en druggebruik of het gokken zelf maar ook de achterliggende problemen en motivaties vormen de aanknopingspunten. De omgeving (vrienden, collega's, partners, ouders,...) van de betrokkene heeft eveneens ondersteuning nodig. Waar kunnen zij met hun vragen terecht? Op welke manier kunnen zij met de persoon in kwestie omgaan? De mogelijkheden tot interventie zijn verschillend in elke sector en ook externe diensten kunnen worden ingeschakeld (huisarts, Jongeren Adviescentra (JAC),...).

Voor de verschillende maatschappelijke sectoren zijn concepten en methodieken voorhanden om een alcohol- en drugbeleid op organisatieniveau te ontwikkelen. Het is de bedoeling om in alle sectoren een alcohol- en drugbeleid uit te werken als een geïntegreerd onderdeel van de eigen werking. Als voorbeeld nemen we het onderwijs. De school vormt, als een van de belangrijkste 'leefomgevingen' van de jongere, een aangewezen setting om jongeren te sensibiliseren. Een alcohol- en drugbeleid zorgt er tevens voor dat de school makkelijker een antwoord kan formuleren indien er problemen zijn ten gevolge van middelengebruik en gokken.

- Met het *plan* tekent de school duidelijk de grenzen uit van wat (on)aanvaardbaar gedrag is, en worden deze vastgelegd in het schoolreglement.
- *Opvoeden* tot het voorkomen van problematisch gebruik bij leerlingen is meer dan enkel lesgeven over alcohol en andere drugs. Het betekent onder andere dat zo vroeg mogelijk (vanaf de basisschool) met alcohol- en drugpreventie gestart wordt. De aanpak in de basisschool wordt in een ruimer kader van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding geïntegreerd. Voor het secundair en hoger onderwijs kunnen meer gerichte activiteiten en lessen op maat van de leerlingen en studenten uitgewerkt worden, met aandacht voor het creëren van een positief en ondersteunend schoolklimaat.
- *Interventie* op school kan omschreven worden als individugerichte begeleiding bij probleemgedrag van leerlingen. Ook wordt er aandacht geschonken aan het uitbouwen van een netwerk rond de school (met het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), ouders, preventiewerkers,...), en aan vorming (voor leerkrachten) over vroeginterventiemethodes en doorverwijzing.

Het alcohol- en drugbeleid op school is een continu proces waarbij de verschillende aspecten van het beleid blijvende aandacht vereisen, in permanente communicatie tussen de betrokkenen (schooldirectie, leerkrachten, ouders, leerlingen, CLB, preventiewerker,...).

De gezondheidssector, het algemeen welzijnswerk en de politionele-justitiële sector hebben, naast het uitwerken van een preventiebeleid in hun eigen organisatie, ook een ondersteunende rol in het uitwerken en uitvoeren van het beleid in andere sectoren. Zij hebben een specifiek aanbod ter ondersteuning van bepaalde deelaspecten van een beleid. Overleg is nodig om hun aanbod op elkaar af te stemmen. Zo kan een preventiewerker een school mee begeleiden in het opzetten van een preventiebeleid. In het kader van zo'n beleid worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt tussen de school, de eerstelijnsdiensten en de politie. Vragen die hierbij aan bod komen, zijn: naar welke eerstelijnswerkers wordt er dan doorverwezen en wanneer? Wanneer wordt de politie gecontacteerd en welke taken neemt zij op dat moment op? Wie zorgt voor de opvang van de ouders?...

Meer?

WWW.VAD.BE/DOCUMENTATIECENTRUM: een overzicht van documentatiemateriaal voor de verschillende maatschappelijke sectoren en over lokaal alcohol- en drugbeleid (inclusief gokken).

GEIRNAERT M., (2002). *Preventiestrategieën in Alcohol- en druggebruik.* In: DE DONDER, E., DE MAESENEIRE, I., GEIRNAERT, M., LAMBRECHTS, M., ROOSE, N., VAN BAELEN, L., VERSTUYF, G., *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening,* Kluwer: Mechelen.

3.4.2 Een lokaal alcohol- en drugbeleid (inclusief gokken)

Naast het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid in elke sector afzonderlijk (cf. p.38, preventief alcohol- en drugbeleid) zijn afstemming en samenwerking op lokaal vlak tussen de verschillende sectoren nodig. Dit kan vorm krijgen in een lokaal alcohol- en drugbeleid, dat moet worden ondersteund door de lokale overheid en een lokale voortrekker nodig heeft. Voordeel van dit lokale niveau is de overzichtelijkheid.

3.4.2.1 Krachtlijnen en meerwaarde

De krachtlijnen van een lokaal alcohol- en drugbeleid zijn:

- het deskundig maken van de bevolking in het omgaan met alcohol, andere drugs en gokken;
- het aanbieden van hulp bij problemen als gevolg van gebruik of gokken;
- het adequaat optreden wanneer grenzen worden overschreden.

In een lokaal alcohol- en drugbeleid worden de verschillende maatschappelijke sectoren samengebracht om eigen initiatieven en werkingen op elkaar af te stemmen en te versterken. Dit biedt een aantal voordelen die afzonderlijke sectoren of diensten op zichzelf nooit kunnen realiseren. Zo kunnen bepaalde doelgroepen die via verschillende sectoren en diensten worden bereikt (bijvoorbeeld jongeren via de school, het jeugdwerk, de ouders, de buurtwerking,...) op een op elkaar afgestemde en gevarieerde manier worden aangesproken met gelijkgestemde boodschappen.
Een lokaal overleg kan de vele initiatieven en diensten die zich rond de alcohol- en drugthematiek profileren op een kritische en overzichtelijke manier in kaart brengen voor de lokale intermediairen.
Daarnaast biedt een lokaal overleg een aantal mogelijkheden om een planmatige aanpak te stimuleren en om continuïteit in het globale beleid in te bouwen. In een lokaal alcohol- en drugbeleid kan de gemeente als lokale overheid een belangrijke stimulerende en ondersteunende rol spelen. Dankzij ondersteuning door de gemeente (mandaat, financiën, menskracht) kunnen alle partners op een evenwaardige manier worden aangesproken om het lokale overleg een continu karakter te geven.

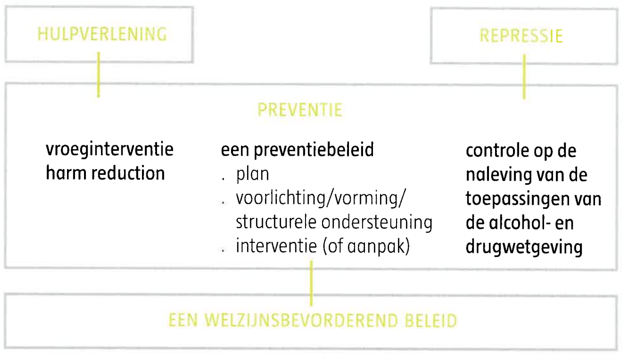
3.4.2.2 Vier niveaus

Een globale aanpak van de alcohol- en drugthematiek situeert zich op vier niveaus die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

- een welzijnsbevorderend beleid op het vlak van tewerkstelling, onderwijs, huisvesting,...;
- een preventiebeleid dat gedragen wordt door alle maatschappelijke sectoren;
- een hulpverleningsbeleid met een gedifferentieerd en goed bereikbaar hulpverleningsaanbod;
- een repressief beleid dat instaat voor controle, wetshandhaving, vervolging en bestraffing.

In een lokaal (en globaal) alcohol- en drugbeleid moet er dus zowel aandacht zijn voor preventie en hulpverlening als voor repressie. Een welzijnsbevorderend beleid vormt het funda-

ment (cf. schema hieronder). De drie andere niveaus spelen evenzeer hun rol en liggen in elkaars verlengde. Met andere woorden: een bepaald niveau wordt niet ingeschakeld omdat het andere heeft 'gefaald'. Integendeel, de vier verschillende niveaus zijn onlosmakelijk met elkaar verweven.



In een lokaal alcohol- en drugbeleid staat preventie centraal. Men zoekt echter zoveel mogelijk verankering in en integratie met andere niveaus die noodzakelijk zijn voor de realisatie van een preventief beleid rond middelengebruik en gokken. Een welzijnsbevorderend beleid vormt immers het draagvlak van een lokaal alcohol- en drugbeleid en dit kan evenmin los worden gezien van een goed uitgebouwd hulpverleningsnetwerk en een duidelijk repressief beleid. Een samenwerking tussen deze verschillende terreinen op het lokale vlak is noodzakelijk.

Meer?
VANDENBERGHE, E. (1998). *Een lokaal alcohol- en drugbeleid. Een globale kijk.* VAD: Brussel.

4. VLAAMS PREVENTIELANDSCHAP

Hieronder volgt een overzicht van de organisatie van preventie met betrekking tot de problematiek rond middelengebruik en gokken in Vlaanderen.

4.1 Vlaamse structuren en voorzieningen

De Vlaamse overheid is bevoegd voor preventie en geeft een coördinatieopdracht aan de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). VAD is de overkoepelende organisatie van instellingen die zich in Vlaanderen bezighouden met studie, preventie en hulpverlening van alcohol- en andere drugproblemen. De deskundigheid van de VAD-leden op

het vlak van de alcohol- en drugproblematiek verleent de VAD-werking de nodige ondersteuning en geloofwaardigheid. De Vlaamse overheid erkent VAD als deskundige organisatie die vanuit een gezondheidsperspectief instaat voor de kwaliteitsvolle uitvoering van het Vlaamse drugbeleid. Binnen de coördinatieopdracht zorgt VAD voor afstemming van de aanpak van de problematiek rond middelengebruik en gokken (preventie, hulpverlening, studie) in Vlaanderen en voor het opbouwen van netwerken tussen verschillende groepen van veldwerkers. VAD werkt gemeenschappelijke concepten uit voor sectoren zoals onderwijs, jeugdwerk, welzijnswerk, bedrijven, sociaal-culturele organisaties,... en organiseert vorming voor professionals uit de alcohol- en drugsector en intermediairen. Ze voorziet een platform voor iedereen die in Vlaanderen bezig is met deze thematiek en onderhoudt contacten met (inter)nationale organisaties. De beschikbare gegevens met betrekking tot de problematiek worden systematisch gebundeld. VAD heeft tevens een belangrijke functie op het vlak van informatieverstrekking, zowel voor professionelen als voor het grote publiek. De DrugLijn vormt het communicatiekanaal waar mensen terechtkunnen met al hun vragen over middelen (legaal, illegaal) en gokken.

Daarnaast houdt een aantal koepels en diensten zich met aanverwante thematieken of bepaalde deelaspecten bezig:
- private organisaties met preventieprogramma's voor onderwijs, bijzondere jeugdzorg, jeugdwerk;
- hulpverleningsorganisaties met preventieve werking en programma's voor onderwijs, jeugdwerk, buurtwerking,...;
- vrijwilligersorganisaties met een preventieaanbod;
- organisaties binnen het jeugdwerk die zich ook met de drugproblematiek bezighouden;
- het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) dat een coördinatieopdracht heeft met betrekking tot gezondheidspromotie;
- het Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid (VSP) – het secretariaat van Binnenlandse Zaken – dat instaat voor het begeleiden van de gemeentelijke preventieprojecten in het kader van de veiligheids- en preventiecontracten.

4.2 Provinciale en regionale structuren en voorzieningen

De provinciale preventieplatforms zijn overlegplatforms tussen de verschillende relevante actoren, opgericht in 1994. Zij staan op provinciaal niveau in voor de uitvoering van een kwaliteitsvol preventiebeleid in Vlaanderen, met aandacht voor de integratie van de Vlaamse prioriteiten in de provinciale en lokale noden en behoeften.

De regionale preventiewerkers verbonden aan tien Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) zijn sinds 1988 actief in het kader van het VAD-preventiewerk. Ze geven vorming en ondersteuning bij de ontwikkeling van een preventiebeleid in verschillende maatschappelijke sectoren en binnen een lokaal overleg. Zij werken vanuit een duidelijk gezondheidsperspectief, gesteund door de categoriale werking van het CGG. Daarnaast zijn verschillen-

de preventiewerkers actief op het vlak van drugpreventie in het kader van een meer algemene preventieve opdracht (Centra Bijzondere Jeugdzorg [CBJ], Jongeren Advies Centra [JAC]).

4.3 Lokale structuren en voorzieningen

Op lokaal vlak zijn *preventiewerkers* actief, die door verschillende opdrachtgevers zijn tewerkgesteld:

- preventiewerkers in het kader van criminaliteitspreventie werkzaam binnen de veiligheids- en preventiecontracten; vaak behoort drugpreventie tot hun opdracht;
- gemeentelijke preventiewerkers: een aantal gemeenten heeft binnen het personeelsbestand een preventiewerker tewerkgesteld die zich in de gemeente toelegt op drugpreventie.

Lokale en regionale netwerken

Via overleg worden behoeften en vragen vanuit verschillende sectoren gecoördineerd. Verschillende partners trachten een lokaal beleid uit te stippelen waarbij krachten worden gebundeld en afstemming wordt gezocht.

Sectoren

De sectoren waarmee bovenstaande structuren uiteindelijk werken: onderwijs, bedrijven, jeugdwerk, sociaal-cultureel werk, uitgaansleven, sportsector, gezondheidssector, welzijnssector, politie, justitie, de gemeente (lokaal beleid).

HOOFDSTUK 2 VROEGINTERVENTIE

1. DEFINITIE

Volledig voorkomen dat er problemen ontstaan ten gevolge van middelengebruik of gokken is een onrealistisch preventief uitgangspunt. In een samenleving waar alcohol- en druggebruik ingebed zijn in het maatschappelijk bestel, moet men initiatieven voorzien die ingrijpen op het moment dat er nog geen sprake is van problematisch gebruik of die ervoor zorgen dat problemen ten gevolge van het gebruik zo beperkt mogelijk blijven.

Met vroeginterventie bedoelen we al die activiteiten die gericht zijn op een zo vroeg mogelijk ingrijpen in een proces van gebruik – misbruik – afhankelijkheid. Door middel van een vrij eenvoudige aanpak, gebaseerd op bewustwording, informatie, ondersteuning en geloof in de eigen mogelijkheden van het individu kunnen de problemen vroegtijdig aangepakt worden en kan erger worden voorkomen.

2. DOOR WIE EN WANNEER?

Door vroeg in te grijpen – *het tijdstip is hier belangrijk* – kan het gedrag van de persoon in vraag gesteld worden. De persoon beschikt op dat moment nog over *meer mogelijkheden om andere keuzes te maken*. De gewoonte van het gedrag is nog niet vastgeroest en verandering is nog goed mogelijk.
Meestal is het niet de persoon zelf maar iemand uit de dichte omgeving die zich zorgen maakt. Op dat ogenblik zijn het de anderen die kunnen interveniëren. Personen die bij vroeginterventie een belangrijke rol hebben, zijn de medewerkers van de eerstelijns(gezondheids)zorg alsook familieleden, collega's, leerkrachten, jeugdleiders, vrienden, de huisarts,... Zij hebben het beste zicht op het verander(en)de gedrag en beschikken soms over een mandaat om in te grijpen. Zij zetten de persoon aan tot nadenken en bewustwording. Zij kunnen op een vrij adequate manier ondersteuning en informatie geven. Bovendien kan men op basis van dit proces de kans op een betere doorverwijzing verhogen. Hoe vroeger men adequaat kan ingrijpen, hoe groter de kans op een gunstig verloop van het hulpverleningsproces.

3. VROEGTIJDIG DETECTEREN

Aan de basis van vroegtijdig ingrijpen ligt uiteraard vroegtijdig detecteren. Via observatie merken mensen uit de directe omgeving – vaak als eerste – gewijzigd gedrag op dat mogelijk een uiting kan zijn van alcohol-, drug- of gokproblemen. Ongeacht het aantal 'gedragssignalen' is het belangrijk een gesprek aan te knopen, alleen al omdat men 'zich zorgen maakt' over het gedrag van een ander en omdat het gedrag meer is dan een eenmalige gebeurtenis.

Gedragssignalen

- Gedrags- of psychische veranderingen: dikwijls is dit het eerste dat men kan observeren. Punctuele personen komen vaker te laat, schoolresultaten zijn slechter, heimelijk doen, verlies van rijbewijs, verminderde eetlust,...; meestal hebben de personen in kwestie min of meer overtuigende uitvluchten voor hun gedrag.
- Verminderde productiviteit: plots interesseverlies voor hobby's of een dalende productiviteit op het werk; prestaties verminderen in effectiviteit in vergelijking met vroeger.
- Geld lenen: het lenen van geld om een niet altijd zo voor de hand liggende reden. Vaak is terugbetalen een probleem. Geld lenen wordt in de beginfase vaak niet in vraag gesteld: het is een vrij gevoelig onderwerp. Na verloop van tijd merken vrienden soms dat ze, zonder het van elkaar te weten, grote sommen geld leenden aan dezelfde persoon.
- Verandering in gemoedstoestand: alcohol en drugs beïnvloeden de gemoedstoestand. Afhankelijk van het gebruik en het middel zien we ups en downs. In sommige gevallen vervallen personen in blijvende gemoedsstoornissen zoals depressie, angst, paranoia.
- ...

Lichamelijke signalen (meestal slechts zichtbaar op lange termijn)

- Aan de inname van alcohol en drugs zijn specifieke effecten verbonden. Afhankelijk van het soort drugs zijn lichamelijke signalen duidelijk waarneembaar op het vlak van intoxicatiesymptomen, overdosis en onthoudingsverschijnselen.
- Het toedienen van sommige drugs laat duidelijke lichamelijke sporen na, bijvoorbeeld: littekensporen bij het spuiten, tussenneusschot bij het cocaïne snuiven, problemen met coördinatie en evenwicht bij alcoholgebruik,...
- Verwijde of vernauwde pupillen of nystagmus kunnen eveneens wijzen op drugmisbruik.
- ...

Attributen die in de omgeving van de persoon te vinden zijn:

Spuiten, peuken, zilverpapiertjes, poedertjes, verborgen flessen, stukjes karton, zwartgeblakerde lepeltjes, lege medicatiestrips,...

4. MINIMALE INTERVENTIES

Als er risicogedrag vastgesteld wordt, kunnen minimale interventies een gepast antwoord zijn. Minimale interventies kan men beschouwen als een gestructureerde interventie met een 'beperkte' omvang in tijd en aantal. In de praktijk gaat het van eenmalig advies tot de organisatie van een aantal (meestal vijf) kortdurende sessies (er kunnen relatief grote verschillen in duur, intensiteit en gebruikte werkvormen bestaan).

Minimale interventies zijn vooral relevant voor de groep van probleemgebruikers met een relatief lichte vorm van afhankelijkheid. Vaak zijn het personen die nog geen hulpvraag hadden en waarbij er nog geen sprake is van ernstige schade aan het sociale netwerk of van bijkomende lichamelijke en/of psychische klachten.

Minimale interventies onder de vorm van een aantal sessies vinden ook meer en meer hun toepassing bij de doelgroep van jonge (probleem)gebruikers. Via het gerechtelijk apparaat of op vraag van bezorgde ouders, leerkrachten of andere begeleiders worden jongeren doorverwezen naar de hulpverlening voor een gesprek. Na analyse van het probleem wordt een advies gegeven waarbij hen, naast begeleiding, een cursus in groep of een individueel aanbod kan worden gedaan. In het vormingsaanbod wordt naast het geven van informatie ook gewerkt aan sociale vaardigheden. Uiteraard geven de groepsinteractie en -discussie een extra positieve impuls waarbij jongeren gaan nadenken over hun gebruik. Hieraan gekoppeld situeren zich de oudergoepen. Dit zijn groepen waarin ouders ondersteuning krijgen via een vast aanbod en via uitwisseling van ervaringen met andere ouders.

Meer?

DE MAESENEIRE, I. (2002). *Vroeginterventie.* In: DE DONDER, E., DE MAESENEIRE, I., GEIRNAERT, M., LAMBRECHTS, M., ROOSE, N., VAN BAELEN, L., VERSTUYF, G., *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening,* Kluwer: Mechelen.

LAMOTE, I. , LEUTENEZ, S., SCHELPE, A., TACK, M. & VAN REYBOROUCK, T. (2002). *Een paaltje voor preventie. Een illustratie van categoriale alcohol- en drugpreventie vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg.* Nevelland: Gent.

HOOFDSTUK 3

BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Niet alle probleemgebruikers zoeken hulp of komen terecht in het professionele hulpverleningscircuit. Heel wat mensen slagen erin hun problematisch gebruik op eigen houtje onder controle te krijgen of kunnen verder met enkel de hulp van 'mantelzorg' zoals familieleden, vrienden, een zelfhulpgroep. Wie echter een intensievere opvolging door professionelen of een geschiktere behandelingsomgeving nodig heeft, kan een beroep doen op een gevarieerd hulpverleningsaanbod. In dit hoofdstuk lichten we de organisatie van de zorg toe binnen het professionele hulpverleningscircuit voor problematisch middelengebruik en gokken, zoals dit in Vlaanderen is uitgewerkt. Omdat de eigenheid van deze problematiek aan het zorg- en hulpverleningsaanbod zowel inhoudelijk als institutioneel belangrijke eisen stelt, volgt hier eerst een overzicht van de meest specifieke kenmerken.

1. KENMERKEN VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

Problematisch middelengebruik en gokken vertoont een aantal specifieke en vaak gemeenschappelijke kenmerken.

- Problematisch middelengebruik en gokken is er meestal niet van vandaag op morgen, maar kent doorgaans een *evolutief* verloop met een toenemende graad van ernst: de persoonlijke keuzevrijheid neemt af en een minder goed functioneren op alsmaar meer levensterreinen zoals gezondheid, studie of werk, gezin, sociale omkadering, vrijetijdsbesteding wordt steeds frappanter. Men mag dit evolutieve karakter echter niet fatalistisch opvatten. Niet iedereen die met een bepaald middel experimenteert, blijft er ook aan vasthangen. En niet iedereen die (een periode) excessief gebruikt, wordt afhankelijk.
- Het is tevens een *complexe* problematiek van bio-psycho-sociale aard. Niet alleen de ontwikkeling maar ook de instandhouding van het gebruik en de succesfactoren voor behandeling staan onder invloed van zowel de specifieke eigenschappen van de geconsumeerde middelen, als persoonskenmerken en ook omgevingsfactoren. Zo spelen bijvoorbeeld de mate, de duur en de wijze van gebruik of de combinatie met eventueel andere producten zeker mee, maar kunnen evenzeer de individuele gevoeligheid voor een bepaald product en/of de aanleg of aanwezigheid van een psychiatrische problematiek de gebruiker parten spelen. De mate van sociale omkadering kan het klinisch beeld en de prognose eveneens (mee) beïnvloeden.
- Het is ook dikwijls een *meervoudige* problematiek. Bij de instroom in de hulpverlening ziet men dat, naarmate de ernst van de problematiek toeneemt, de aanmeldingsklacht vaker gepaard gaat met bijkomende problemen. De gebruiker zit bijvoorbeeld financieel vast, heeft gerechtelijke problemen, kampt met sociale, familiale of psychiatrische problemen, is HIV-besmet (aids) of lijdt aan andere infecties.

– Vooral de ernstige vormen van problematisch middelengebruik hebben een *chronisch en langdurig* karakter, niet alleen omwille van neurofysiologische aspecten, maar zeker ook omwille van het belang van motivatie om iets aan het probleemgedrag te willen doen. Erkennen dat men een probleem heeft, is hierbij de eerste stap. Het kan echter soms een hele tijd duren vooraleer de probleemgebruiker zijn gedrag als problematisch durft te gaan beschouwen. Maar ook het starten, volhouden en voltooien van de gewenste verandering vergen een blijvende gemotiveerdheid. Er wordt van de probleemgebruiker immers heel wat verwacht op het vlak van copingvaardigheden en het aanleren van nieuw gedrag. Momenten van herval of terugval maken integraal deel uit van het veranderingsproces.

Typisch voor deze problematiek is echter de enorme verscheidenheid aan uitingsvormen. De verschillen liggen vooreerst op het vlak van de ernst van de problematiek en van de vastgestelde symptomen. Ook de mate van vrijwilligheid waarmee de probleemgebruiker zich tot een hulpverleningsdienst richt, varieert. Verder hangt het gedrag van de probleemgebruiker tijdens een behandeling niet alleen af van zijn verwachtingen en motivatie, maar ook van het gebruikte product. Ten slotte verschillen ook de individuele hulpvraag en het beoogde behandelingsdoel heel sterk. De hulpvragen waarmee zorg- en hulpverleningsinstanties geconfronteerd worden, zijn dan ook zeer divers.

2. BEHANDELINGSMODELLEN EN -STRATEGIEËN

Over de jaren heen zijn er verschillende behandelingsmodellen en -filosofieën ontwikkeld, soms gekoppeld aan specifieke settings of technieken. Tientallen jaren wetenschappelijk onderzoek en klinische praktijk resulteerden in een waaier van effectieve benaderingen.

2.1 Een globale aanpak

Het specifieke behandelingsplan dat de hulpverlener samen met de cliënt uittekent, moet de onderlinge samenhang van tal van factoren in rekening nemen (cf. p.48, kenmerken), en veelomvattend zijn met een diversiteit aan interventies die de gebruiker op de verschillende levensterreinen (lichamelijk, psychisch, sociaal) weer vooruithelpen. Deze aanpak, die de voorkeur draagt boven partiële behandelingen voor elk deelprobleem, is des te belangrijker gebleken bij een aantal subgroepen zoals vrouwelijke probleemgebruikers van psychofarmaca, zwangere vrouwen met problematisch middelengebruik en HIV (aids) besmette druggebruikers. Naarmate er meer disciplines en meer hulpverleningsdiensten bij de behandeling betrokken zijn, kan coördinatie en/of een vorm van case management nodig zijn om de continuïteit en een goede afstemming van zorg te vrijwaren.

2.2 Farmacologische behandelingsmethoden

Bij de groep van effectieve interventies nemen farmacologische behandelingsmethoden een steeds prominentere plaats in. Farmacotherapie kan vier doelstellingen beogen:

- bestrijden van acute intoxicaties, gericht op somatische en psychiatrische symptomen;
- bewerkstelligen van totale abstinentie door in de eerste plaats te ontgiften en onthoudingsverschijnselen te bestrijden en vervolgens terugval te voorkomen door de hunkering naar de verslavende stof te verminderen of door bij het gebruik van de verslavende stof een aversieve reactie te bewerkstelligen;
- stabiliseren van het gebruik wanneer volledige abstinentie na herhaalde pogingen niet mogelijk blijkt (bijvoorbeeld door methadonverstrekking, cf. p.57, harm reduction);
- medicamenteus behandelen van comorbide psychiatrische stoornissen, waarvan de behandeling belangrijk is voor het bereiken van totale abstinentie en/of de verbetering van het sociale functioneren en de maatschappelijke integratie.

2.3 Psychosociale behandelingsmodellen

Naast behandelingsmodellen met een strikt medisch-farmacologische invalshoek zijn er ook heel wat behandelingsmodellen rechtstreeks gericht op het psychisch en sociaal functioneren van de cliënt. Onderzoek en klinische ervaringen tonen aan dat deze interventies bruikbaar kunnen zijn indien ze op de specifieke behoeften van de cliënt worden afgestemd.

2.3.1 Motiverende gespreksvoering

Een model voor verandering dat vooral in de praktijk waardevol blijkt, is het fasemodel van Prochaska en DiClemente. Uitgangspunt is dat motivatie een proces is dat geremd of bevorderd kan worden. Motivatie is het resultaat van een samenspel van factoren op het niveau van de cliënt, zijn omgeving en de relatie tussen beide, met inbegrip van de hulpverlener die hierbij een beïnvloedende rol kan spelen. De diverse fasen die iemand in een proces van gedragsverandering doorloopt, volgen elkaar circulair op. Omdat mensen soms terugvallen in een vorige fase, kunnen we over de tijd gezien spiraalvormige bewegingen vaststellen. Voor de hulpverlener is dit model erg bruikbaar omdat het toelaat interventies te ordenen. Aan elke fase zijn specifieke interventies gekoppeld, die tot doel hebben de cliënt in een volgende fase te brengen of hem in de eindfase te houden. Het model bevat elementen uit de cognitieve therapie, de cliënt-centered-therapie, de systeemtheorie en het sociaal-psychologische denkkader.

2.3.2 Gedragsmatige behandelingsmodellen en -strategieën

Gedragsgerichte interventies geven prioriteit aan het doorbréken van de gebruiksgewoonte en het aanleren van alternatief gedrag. Om de gebruiksgewoonte te doorbreken doet men onder andere een beroep op contractmanagement (onderhandelen over en vastleggen van gedragsafspraken), zelfhulpboekjes, cognitieve herstructurering (identificeren en veranderen van de gedachten die ongewenste emoties voorafgaan), zelfobservatie, functionele analyses (opstellen van verbanden tussen de antecedenten en de gevolgen van het gebruiksgedrag) alsook cognitieve en chemische aversietherapie. Methodieken om alternatief gedrag aan te leren zijn sociale vaardigheidstrainingen, relaxatietraining, training van probleemoplossingsvaardigheden en gedragsgerichte relatie- en gezinstherapie. Behandelingen die verschillende van deze methodieken combineren, zoals bijvoorbeeld terugvalpre-

ventie, zijn het meest effectief. In een globale strategie poogt men cognitief te herstructureren, het copinggedrag van de cliënt te vergroten en evenwicht te brengen in zijn leefstijl.

2.3.3 Contextgericht werken

Gebruik situeert zich altijd in een relationele context. De individuele behandeling moet dan ook in een bredere context worden geplaatst. De partner en het gezin spelen vaak een belangrijke rol bij het ontstaan en onderhouden van problematisch gebruik. Relatieproblemen zijn niet zelden mede oorzaak en gevolg. Het ligt daarom voor de hand dat de partner, het gezin, een groter geheel van de familie of de sociale netwerken van de cliënt bij de behandeling betrokken worden. Dit kan zowel binnen een therapeutische context gebeuren in de individuele therapie of in de partner- of gezinstherapie. Zij kunnen echter ook bij de behandeling betrokken worden voor het aanreiken of bekomen van informatie, ter ondersteuning van de cliënt of voor het verstrekken van expliciete aandacht voor de persoonlijke beleving van de problematiek. Het is in ieder geval belangrijk de verwachtingen naar verandering af te stemmen (betekenis, verloop, doel) en hen mee verantwoordelijk te maken bij het hele veranderingsproces.

2.3.4 Milieutherapeutisch werken

Bij milieutherapeutisch werken vormt de leefgroep het therapeutisch werkinstrument. De dagelijkse leef- en werkstructuur waarvan het groepslid deel uitmaakt en de groepsdynamische processen die zich ontwikkelen en professioneel worden begeleid, bieden de cliënt een milieu waarin hij, met het oog op de ontwikkeling van een gezondere en meer volwassen identiteit, op een veilige manier kan oefenen in het omgaan met zichzelf en zijn omgeving. Zo kan hij sociale vaardigheden ontwikkelen (zoals conflicthantering, omgaan met stress, problem solving, omgaan met maatschappelijke waarden en normen), leren zijn eigenheid hierin te ontwikkelen (plichten nakomen, rechten verdedigen, omgaan met autoriteit), leren communiceren over opgedane ervaringen in dit samenleven, begrip en steun leren vragen voor moeilijkheden en begripvol leren omgaan met de ervaringen van de andere leefgroepgenoten. Milieutherapeutisch werken maakt de essentie uit van de werking binnen een therapeutische gemeenschap (TG). De meer psychiatrisch georiënteerde behandelingssettings hanteren meestal wel elementen uit de milieutherapie maar stellen deze niet zo centraal in het behandelingsbeleid.

3. VEREISTEN VAN HET ZORGAANBOD

De kenmerken van de problematiek, de doelgroep en de effectief gebleken behandelingsmodellen stellen specifieke eisen aan het zorgaanbod, zowel wat betreft de inhoudelijke aanpak, de structurele omkadering en de institutionele uitbouw als inzake de ingesteldheid van het personeel. Deze vereisten zijn optimale toegankelijkheid, zorg op maat, differentiatie, flexibiliteit, continuïteit, vertrouwen en aandacht voor de hulpverlener (bijvoorbeeld via een goede interne teamondersteuning).

4. STAPPEN IN HET BEHANDELINGSPROCES

Afhankelijk van de cliënt kan de behandeling uit een of meerdere stappen bestaan die gelijktijdig of opeenvolgend kunnen uitgevoerd worden. De interventies kunnen plaats vinden in een algemene of een gespecialiseerde behandelingssetting. Sommige interventies gebeuren enkel ambulant of enkel residentieel. Aangezien de kans op herval reëel is, kan het behandelingsproces bestaan uit meerdere, al dan niet herhaalde, behandelingsepisodes. Motiverend werken blijft echter een continu aandachtspunt bij en doorheen de verschillende stappen.

4.1 Spoed- en crisisopvang

Spoed- en crisisopvang worden geboden in acute crisissituaties en kunnen bestaan uit medische ondersteuning bij al dan niet levensbedreigende lichamelijke problemen (acute overdosis, ernstige suïcidaliteit of intoxicaties), ontgifting, lichamelijk herstel van overige verstoorde lichaamsfuncties (door bijvoorbeeld ondervoeding en zelfverwaarlozing), specifieke psychiatrische begeleiding (bij bijvoorbeeld acute angstaanvallen en psychoses) of psychosociale ondersteuning (afkoelingsfase bij conflicten, tijdelijk onderdak).

4.2 Screening en diagnostiek

Aangezien 'de' probleemgebruiker niet bestaat, zijn screening en diagnostiek belangrijke stappen in het behandelingsproces omdat ze de behandeling richting geven nadat de probleemgebieden en hulpbehoeften in kaart zijn gebracht.

4.3 Opstellen en uitvoeren van het behandelingsplan

Eens de problematiek in kaart is gebracht en de behandelingsdoelen samen met de cliënt zijn verkend en vastgelegd, kan het behandelingsplan op maat van de cliënt vorm krijgen. Naast een eventuele farmacotherapie vormen psychosociale interventies een essentieel onderdeel van een bij voorkeur allesomvattend behandelingsprogramma. Een behandelingsplan kan concreet bestaan uit farmacotherapie, psychotherapie, niet-verbale therapeutische activiteiten (zoals ergotherapie, creatieve therapie, bewegingstherapie of muziektherapie). Sommige cliënten zijn hopeloos in het slop geraakt met hun sociale administratie en/of budgetbeheer of kampen met huisvestingsproblemen. Sociale ondersteuning door een maatschappelijk werker, ook in het kader van maatschappelijke integratie, is onontbeerlijk. Ook nazorg blijft aangewezen. Afhankelijk van de behandelingsnoden en de setting zal dit behandelingsplan meer of minder multidisciplinair uitgewerkt zijn. Dit plan is uiteraard altijd voor verfijning of verandering vatbaar, afhankelijk van de evoluties van de cliënt of van nieuwe ontwikkelingen die zich in zijn leefsituatie voordoen.

5. HET HULPVERLENINGSLANDSCHAP

Inspelend op de kenmerken van problematisch middelengebruik en gokken, de ontwikkelde behandelingsmodellen, de vereisten van het zorgaanbod en het verloop van specifieke

behandelingen, zijn er in Vlaanderen in de loop van de tijd diverse werksoorten tot stand gekomen die specifieke hulp verstrekken aan mensen die kampen met een dergelijke problematiek. Cliënten worden zowel opgevangen en/of begeleid door gespecialiseerde (categoriale) als door niet-gespecialiseerde hulpverleningsdiensten.

5.1 Mantelzorg en zelfhulp

Personen met problematisch middelengebruik kunnen *buiten het professionele hulpverleningscircuit* hulp vinden bij familieleden, vrienden, buren, vrijwilligers,... Ook in zelfhulpgroepen kunnen de permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen, de mogelijkheid van crisisinterventie en de wekelijkse groepsbijeenkomsten met lotgenoten een belangrijke ondersteuning betekenen voor wie geen professionele hulp wenst. De professionele hulpverlening kan van deze ondersteunende functie ook gebruik maken tijdens en na een behandeling binnen de eigen voorzieningen.

5.2 Straathoekwerk

Het straathoekwerk is als werkvorm gestart midden jaren tachtig en richt zich naast andere doelgroepen ook specifiek naar druggebruikers. Straathoekwerkers zoeken druggebruikers in hun eigen milieu op (op straat, in het café, thuis,...) en zijn daar beschikbaar voor hulp en advies. Dit is de meest laagdrempelige vorm van hulpverlening, waarbij gasten bereikt worden van wie we kunnen veronderstellen dat ze anders niet zo vlug met de hulpverlening in aanraking zouden komen. Straathoekwerkers bouwen aan een vertrouwensrelatie met gebruikers, motiveren hen om zelf iets aan hun situatie te doen en ondersteunen hen in de beslissing. Deze ondersteuning gebeurt door het opzetten van een netwerk (op het niveau van de verschillende problemen waarmee ze te maken hebben, voornamelijk doorverwijzen en opvolgen). Sommige straathoekwerkers zijn verbonden aan een dagcentrum en proberen drempelverlagend te werken voor verdere hulpverlening.

5.3 De eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de eerste, laagdrempelige, niet-gespecialiseerde stap in de georganiseerde hulpverlening. De eerste lijn staat het dichtst bij de bevolking en heeft meestal als eerste contact met de problematiek. De eerstelijnszorg is ideaal geplaatst om problematisch middelengebruik te detecteren, in te schatten en door te verwijzen indien een diepgaande begeleiding nodig is. Ze kunnen ook voor de nazorg instaan. Op de eerste lijn bevinden zich onder meer de huisartsen, de polyvalente centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), de diensten voor thuisverpleging, de Jongeren Adviescentra (JAC) en de Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk (OCMW).

5.4 Ambulante drughulpverlening

5.4.1 Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC)

MSOC's zijn laagdrempelige, categoriale zorgvoorzieningen die niet alleen tot doel hebben de sociale, psychologische en gezondheidsrisico's door het druggebruik bij hun cliënten te

verminderen, maar ook het risico voor de omgeving om geconfronteerd te worden met druggerelateerde criminaliteit. De doelgroep bestaat uitsluitend uit problematische illegale-druggebruikers. Vanuit het harm-reductionmodel (risicobeperking) maken substitutiebehandelingen (bijvoorbeeld methadon), naast medische en sociale begeleiding, een groot deel uit van de dagelijkse werking. Sinds kort coördineren deze centra heel het actieveld rond spuitenruil.

5.4.2 Ambulante drugzorg/dagcentra

Deze laagdrempelige categoriale voorzieningen richten zich op een zeer brede doelgroep van mensen met een drugprobleem (experimenteel gebruik tot afhankelijkheid) en tot hun naaste omgeving. De ondersteuning kan individueel of in groep gebeuren en situeert zich vooral op psychosociaal, administratief en juridisch vlak. Totale abstinentie is geen absolute must, maar de cliënten mogen tijdens de activiteiten niet onder invloed zijn. Substitutiebehandelingen (bijvoorbeeld methadon) zijn mogelijk. In de dagcentra ligt de nadruk vooral op een begeleiding naar een gezonde dagstructuur. Deelname aan het groepsprogramma wordt gestimuleerd, maar is nog tamelijk vrijblijvend.

5.4.3 Dagkliniek en dagbehandeling

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er afdelingen voor ambulante (na)zorg. Sommige van deze diensten zijn specifiek gericht naar mensen met een alcohol-, medicatie-, gok- of illegaledrugprobleem. Dagbehandelingen zijn meestal georiënteerd op hervalpreventie en psychosociale begeleiding en er wordt veel aandacht besteed aan de sociale en maatschappelijke omkadering van de patiënt. Sommige dagklinieken richten zich tot patiënten die reeds een (lange) opname in een ontwenningsafdeling achter de rug hebben, maar nog een vrij intensieve ondersteuning en behandeling nodig hebben wanneer de veiligheid van de ziekenhuismuren wegvalt.

5.4.4 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

De mate van specialisatie in begeleiding en behandeling van problematisch middelengebruik verschilt onderling sterk tussen de diverse CGG's in Vlaanderen. Enkele centra leggen zich al vele jaren volledig toe op de alcohol-, medicatie-, illegaledrug- en/of gokproblematiek. De meeste centra zijn echter niet gespecialiseerd, alhoewel ze deze cliënten wel begeleiden. De laatste jaren is hierin wel een evolutie merkbaar. Door de fusiegolf in deze sector (reorganisatie van 81 onafhankelijke centra naar 21 fusiecentra) beschikken de meeste van de fusiecentra nu over een duidelijk afgebakend afhankelijkheidsteam. De behandelingsfinaliteit in alle CGG's is het herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke gezondheid, inclusief het middelengebruik. Totale abstinentie of op zijn minst het verminderen van het gebruik van één van de middelen is het einddoel van deze begeleidingen. Het aanbod van therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd. Er kunnen zowel individuele als relatie-, gezins- en groepstherapieën worden verstrekt. De consultatiefrequentie kan variëren van wekelijks tot maandelijks naargelang de evolutie van de behandeling en de noden van de cliënt.

5.5 Residentiële drughulpverlening

5.5.1 Thuislozenwerking

Er zijn laagdrempelige niet-categoriale woonvoorzieningen die thuislozen en/of kansarmen met een problematisch middelengebruik opvangen en begeleiden op een niet-gedwongen manier. De thuislozencentra werken nauw samen met andere ambulante diensten.

5.5.2 Crisisinterventiecentra (CIC)

CIC's zijn categoriale hulpverleningscentra die zich bezighouden met crisisopvang, fysieke ontwenning en motivatie voor verdere abstinentie. Zij zorgen voor een verdere oriëntatie naar het meest geschikte vervolgprogramma. De CIC's die uit de therapeutische gemeenschappen gegroeid zijn, hebben meestal illegaledruggebruikers als doelgroep.

5.5.3 Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)

In PAAZ-diensten worden mensen met diverse psychiatrische problemen opgenomen, waaronder problematisch middelengebruik. Zij richten zich vooral naar crisisopvang, detoxificatie en de behandeling van acute psychiatrische complicaties ten gevolge van middelenmisbruik. De lichamelijke gevolgen van middelengebruik krijgen hier extra aandacht. Doorverwijzingen gebeuren meestal vanuit de spoeddienst van het eigen ziekenhuis, via huisartsen of door andere hulpverleners. Een opname op een PAAZ is meestal kortdurend en beperkt zich vaak tot de volgende zorgfuncties: detoxificatie, observatie en diagnosestelling en motiveren tot verdere behandeling. Middelengebruik is niet toegestaan tijdens de opname.

5.5.4 Ontwenningsafdeling van psychiatrische ziekenhuizen/ontwenningsklinieken

De meeste psychiatrische ziekenhuizen hebben een specifieke afdeling voor afhankelijkheidsproblematiek. Vanuit hun traditie hebben ze het meeste ervaring met problematisch alcohol- en medicatiegebruik, maar de laatste jaren doet men in deze sector in toenemende mate expertise op in de behandeling van illegaledruggebruikers. Binnen een vooral medisch-psychiatrisch denkkader en een geïndividualiseerde benadering biedt men een globaal interventiepakket aan, opgedeeld in verschillende fases:

- detoxificatie, observatie en diagnosestelling;
- motivatie tot verdere behandeling;
- multidisciplinair behandelingsprogramma;
- aandacht voor sociale reïntegratie;
- nazorg en hervalpreventie.

Meestal wordt er gestreefd naar volledige abstinentie en is dit ook een voorwaarde tijdens de behandeling.

5.5.5 Therapeutische Gemeenschappen (TG)

De therapeutische gemeenschappen zijn categoriale voorzieningen met een multidisciplinair team dat meer pedagogisch herstructurerend en groepsdynamisch georiënteerd is en

zich vooral tot illegaledruggebruikers richt. Deze settings vertrekken vanuit de optimale doelstelling om druggebruikers te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij. Het programma is langdurig. Naast aparte units voor crisisopvang en detox (zie CIC's) zijn er ook settings met een kortdurend therapeutisch programma (KTP). De reïntegratiefase vindt vaak plaats in een aparte woonsituatie (ook wel 'tussenhuizen' genoemd).

5.5.6 Beschut wonen

Binnen de brede psychiatrische zorg zijn er beschutte woonprojecten specifiek voor patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek. Deze woonvoorzieningen dienen om de patiënt na langdurige opname in een ontwenningsafdeling terug te integreren in de maatschappij. De klemtoon ligt op sociale- en woonbegeleiding.

Daarnaast vormt hervalpreventie een belangrijk thema. In vergelijking met wat gebeurt bij psychiatrische opname is de psychotherapeutische begeleiding hier minimaal.

Meer?

ROOSE, N., (2002). *Behandeling van problematisch middelengebruik.* In: DE DONDER, E., DE MAESENEIRE, I., GEIRNAERT, M., LAMBRECHTS, M., ROOSE, N., VAN BAELEN, L., VERSTUYF, G., *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening,* Kluwer: Mechelen.

VAD (2003), VAD-Doorverwijsgids, VAD: Brussel.

HOOFDSTUK 4 HARM REDUCTION

We komen de term harm reduction steeds vaker tegen in het werkveld van alcohol en andere drugs. In zijn relatief korte bestaan heeft het begrip echter al een behoorlijke inflatie doorstaan. Het wordt immers wereldwijd door mensen gebruikt in zeer verschillende betekenissen, in diverse ideologische kaders en in uiteenlopende contexten. Alsmaar meer stemmen roepen om een duidelijke definitie en afbakening.

1. DEFINITIE EN PLAATS OP HET CONTINUÜM

In consensus met het werkveld formuleerden we volgende definitie:
Harm reduction wil de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psychoactieve middelen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving. Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van een daling van het gebruik. Essentiële kenmerken zijn:

- de pragmatisch aanpak: er wordt op korte termijn gewerkt of kort op de bal gespeeld, er wordt gewerkt met de situatie zoals die zich voordoet;
- het vrij zijn van waardeoordelen: dit betekent dat er geen morele uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld het druggebruik;
- de participatieve aanpak: het erkennen van de gebruiker als actieve actor.

Bovendien gaan we ervan uit dat harm reduction vertrekt vanuit een humanistisch wereldbeeld waarbij men streeft naar een verbetering van de levenskwaliteit van druggebruikers, gebaseerd op fundamentele mensenrechten.

In de praktijk werken harm-reductionprogramma's drempelverlagend, cliëntgeoriënteerd en bieden ze maatwerk. Ze slagen erin de meest gemarginaliseerde druggebruikers, die niet in contact komen met de reguliere drughulpverlening, te bereiken. De gebruiker krijgt de gelegenheid om vooruitgang te boeken op zijn tempo en naar zijn behoeften.
Via harm reduction wordt eveneens probleemgericht gewerkt en tracht men de druggerelateerde schade voor groepen van mensen beperken. In deze zin worden de indirecte kosten van druggebruik voor de maatschappij verlaagd.

Door deze aanpak vergroot uiteindelijk de kans dat ook deze groep van gebruikers de stap kan zetten naar andere programma's.

Rekening houdend met het voorgaande neemt harm reduction een complementaire plaats in naast verschillende andere preventie- en hulpverleningsmodellen en -strategieën. Vermits

harm reduction zich richt naar groepen in de maatschappij die het meeste risico lopen op druggerelateerde schade vinden we harm-reductioninitiatieven terug op verschillende plaatsen van het continuüm – van algemeen welbevinden over preventie naar hulpverlening (van links naar rechts). In deze zin vervangen harm-reductioninitiatieven noch preventie- noch hulpverleningsinitiatieven maar is harm reduction één manier om een antwoord te geven op problemen die zich binnen het alcohol- en drugveld voordoen. Harm reduction opereert naast andere initiatieven en vult het aanbod aan.

2. VOORBEELDEN VAN HARM-REDUCTIONINITIATIEVEN

2.1 Spuitenverdeling en -ruil

Met spuitenverdeling en -ruil wil men besmettelijke aandoeningen (HIV(aids), hepatitis B en C) en andere gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan injecterend druggebruik, zoals abscessen en longembolie, voorkomen. Bij verdeling van de spuiten worden injecterende druggebruikers aangezet om meer diepgaande zorg- en hulpverlening te zoeken door hen gericht door te verwijzen. Door recuperatie van gebruikt injectiemateriaal wil men ten slotte besmettingsgevaar bij andere groepen van de bevolking voorkomen.
Spuiten worden via apothekers en/of de laagdrempelige hulpverlening, zoals de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC) en het straathoekwerk verdeeld. Naast de verdeling van spuiten, spuitcontainers en condooms worden via dit netwerk folders verspreid met gerichte preventieboodschappen (over naaldhygiëne, gebruik van steriel materiaal, voorkomen van overdosissen) en met informatie over hulpverlening in de streek.

2.2 Methadonverstrekking

Methadon is een substitutieproduct voor heroïne. Men schrijft het voor aan mensen met een heroïneafhankelijkheid met als doel hun gezondheid te beschermen (geen injecterend druggebruik meer) en hun levenskwaliteit te verhogen (geen tijd meer spenderen aan op zoek gaan naar geld en drugs, meer tijd om werk te zoeken enzovoort). Er zijn methadonprogramma's die werken met een afbouwschema, met de bedoeling te stoppen met het gebruik. De methadononderhoudsprogramma's stellen minder eisen en voorzien in een dagelijkse dosis methadon voor de gebruiker over een langere, niet vastgelegde periode zonder de bedoeling het gebruik te stoppen.

2.3 Uitgaansleven: 'Partywise'-project

Partywise is een sensibiliseringsproject (2003) dat vertrekt vanuit de basisidee dat het uitgaansleven een plaats is waar jongeren zich op een ongedwongen en creatieve manier kunnen uitleven. *Partywise* betekent dan ook zoveel als verantwoord en leuk feesten, of nog: 'wijs' uitgaan. De kwaliteit van uitgaan staat centraal, en dit op een realistische manier en vanuit de vaststelling dat uitgaansdrugs deel uitmaken van het uitgaansleven. Uitgangspunt is dat zowel recreatieve gebruikers als niet-gebruikers zich blootstellen aan gezondheidsrisico's: wijs uitgaan staat of valt immers niet met het gebruik van uitgaans-

drugs maar is ook afhankelijk van de persoon in kwestie en de relatie tot de directe omgeving. Omdat het uitgaanspubliek recht heeft op veilige en gezonde uitgaanscondities, richt *Partywise* zich niet alleen tot het brede uitgaanspubliek maar ook tot professionals uit het uitgaansleven (clubuitbaters, eventorganisatoren,...) en tot de jeugd- en preventiesector. Via icoontjes biedt *Partywise* objectieve informatie en concrete tips aan, om aldus gezond en veilig uitgaan te maximaliseren. De drugthematiek wordt blijvend onder de aandacht gehouden, en er worden richtlijnen uitgetekend om preventieïnitiatieven in de eigen organisatie waar te maken.

Meer?
www.partywise.be

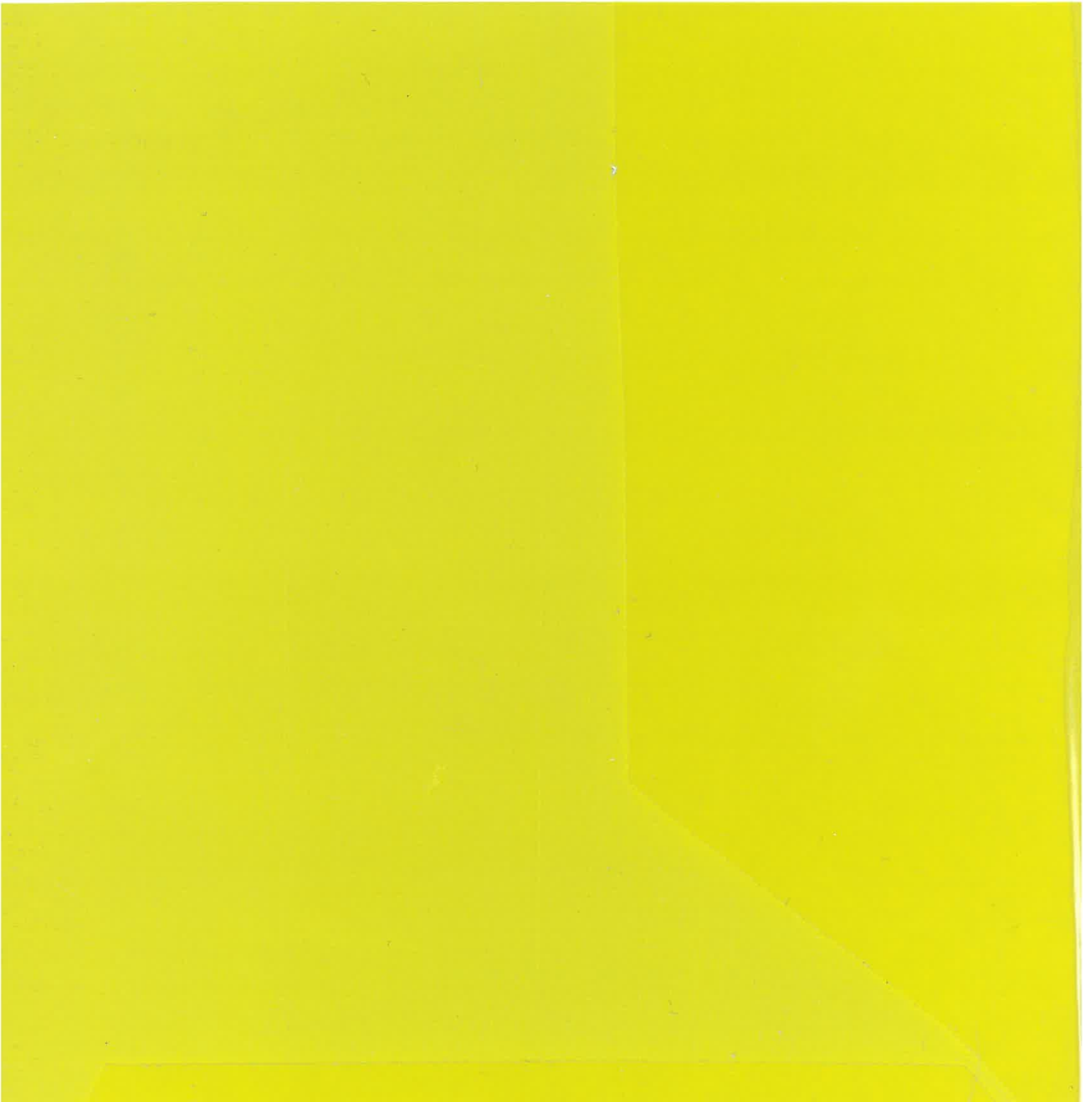
2.4 Pill testing

Doorgaans kunnen twee grote categorieën van pill-testingmethodes onderscheiden worden: de kwalitatieve en de kwantitatieve. De kwalitatieve testmethodes worden vaak gebruikt om op locatie pillen te testen. Onder de kwantitatieve testmethodes vallen de meer gesofisticeerde laboratoriumtestmethodes. Testen van pillen gebeurt in verschillende landen, zoals in Duitsland, Nederland, Frankrijk, Spanje, Oostenrijk en Zwitserland alsook in de Franse gemeenschap van België.

Meer?
DEVRIENDT, W., e.a. (2003), *Dossier pill testing,* VAD: Brussel.

CO
LOFON

verantwoordelijke uitgever
VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen,
S. Ansoms – E. Tollenaerestraat 15 – 1020 Brussel
december 2003, VAD vzw
wettelijk depot D/2003/6030/20
ISBN 9077188096
tekst Ilse De Maeseneire en Els Vandenberghe (VAD-stafmedewerkers)
vormgeving Meer wit



DRUGS etc.

Drugs etc. is een totaalpakket met productinfo over alcohol, cannabis, cocaïne, ghb & ketamine, gokken, heroïne, lsd, psychoactieve medicatie, smartdrugs, speed, vluchtige snuifmiddelen en xtc. Het bevat een *cd-rom, fact sheets, folders, didactische fiches* en de ***brochure Drugs etc.: achtergrondinformatie.***

De *cd-rom* bevat foto's, teksten en een powerpointsjabloon om zélf, op maat van het publiek, een presentatie samen te stellen.

De *fact sheets* bieden vrij exhaustieve productinfo.

De *folders* beperken zich tot basisproductinfo.

De *didactische fiches* zijn een leidraad bij de uitwerking van een presentatie.

De ***brochure Drugs etc.: achtergrondinformatie*** gaat dieper in op cijfergegevens, preventie, hulpverlening, vroeginterventie, harm reduction, wetgeving...

Het totaalpakket is ontworpen voor sleutelfiguren in de alcohol- en drugsector. De folders zijn bedoeld voor het ruime publiek. De brochure ***Drugs etc.: achtergrondinformatie*** en de folders zijn ook los (zonder cd-rom, fact sheets en didactische fiches) verkrijgbaar.
Meer info? **www.vad.be** of **vad@vad.be**

VAD

DE DRUGLIJN
078-15 10 20